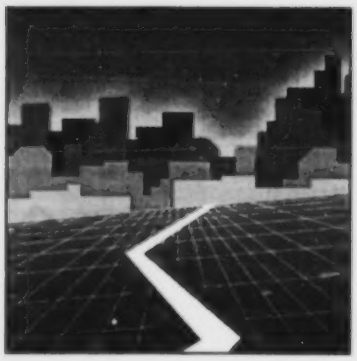
Catalogue no. 89-613-MIE — No. 002
ISSN: 1710-2944
ISBN: 0-662-37561-0

Analytical Paper

Trends and Conditions in Census Metropolitan Areas

Health of Canadians Living in Census Metropolitan Areas



By Jason Gilmore

Health Statistics Division
SC 2600, Main Building, Ottawa, K1A 0T6

Telephone: 1 800 263-1136

This paper represents the views of the author and does not necessarily reflect the opinions of Statistics Canada.

Statistics Canada Statistique Canada

Canada

How to obtain more information

Specific inquiries about this product and related statistics or services should be directed to Health Statistics Division (telephone: (613) 951-1746).

For information on the wide range of data available from Statistics Canada, you can contact us by calling one of our toll-free numbers. You can also contact us by e-mail or by visiting our Web site.

National inquiries line	**1 800 263-1136**
National telecommunications device for the hearing impaired	**1 800 363-7629**
Depository Services Program inquiries	**1 800 700-1033**
Fax line for Depository Services Program	**1 800 889-9734**
E-mail inquiries	**infostats@statcan.ca**
Web site	**www.statcan.ca**

Ordering and subscription information

This product is available in electronic format on the Statistics Canada Internet site, for free, as Catalogue No. 89-613-MIE. To obtain single issues, visit our Web site at **www.statcan.ca**, and select Products and Services.

Standards of service to the public

Statistics Canada is committed to serving its clients in a prompt, reliable and courteous manner and in the official language of their choice. To this end, the Agency has developed standards of service which its employees observe in serving its clients. To obtain a copy of these service standards, please contact Statistics Canada toll free at 1 800 263-1136.

Trends and Conditions in Census Metropolitan Areas

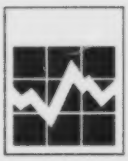
This series of reports provides key background information on the trends and conditions in Canadian Census Metropolitan Areas (CMAs) across a number of dimensions. Subjects covered include demographics, housing, immigration, aboriginal persons, low income, economic conditions, health, location of work and commuting mode, and culture. Most reports cover the 1981-2001 period.

The objective of these reports is to provide statistical measures of trends and conditions in our larger metropolitan areas, and neighbourhoods within them. These measures will be available for use in city planning and in policy assessments of what works to create a healthy city.

Statistics Canada has worked on this project in collaboration with the Cities Secretariat of the Privy Council Office, with financial assistance from 14 other departments.

This project is being conducted under the direction of Doug Norris and Garnett Picot at Statistics Canada.

105-06477/



Statistics Canada
Health Statistics Division

Trends and Conditions in Census Metropolitan Areas

Health of Canadians Living in Census Metropolitan Areas

Jason Gilmore

Published by authority of the Minister responsible for Statistics Canada

© Minister of Industry, 2004

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without prior written permission from Licence Services, Marketing Division, Statistics Canada, Ottawa, Ontario, Canada, K1A 0T6.

July 2004

Catalogue No. 89-613-MIE, No. 002
Frequency: Occasional

ISSN 1710-2944
ISBN 0-662-37561-0

Ottawa

La version française de cette publication est aussi disponible (nº 89-613-MIF au catalogue, nº 002).

The authors' names are listed alphabetically.

This paper represents the views of the authors and does not necessarily reflect the opinions of Statistics Canada.

Note of appreciation

Canada owes the success of its statistical system to a long-standing partnership between Statistics Canada, the citizens of Canada, its businesses, governments and other institutions. Accurate and timely statistical information could not be produced without their continued cooperation and goodwill.

Table of Contents

Executive summary 4

Chapter 1 – Introduction 6

Chapter 2 – Health outcomes: Variation among countries and CMAs 7

Life expectancy 7

Self-rated good or better health 7

Chapter 3 – Differences in lifestyle factors and health conditions among CMAs 10

Smoking 10

Heavy drinking 10

Physical inactivity 10

Obesity 11

High blood pressure 11

Chapter 4 – Differences in psycho-social factors among CMAs 15

Depression 15

Life stress 15

Chapter 5 – Differences in health system-related factors among CMAs 17

Self-perceived unmet health care needs 17

Doctors per 100,000 population/Medical specialists per 100,000 population 17

Chapter 6 – Regional CMA patterns of health 20

Atlantic CMAs 20

Quebec CMAs 20

Ontario CMAs 20

Manitoba and Saskatchewan CMAs 20

Alberta CMAs 21

British Columbia CMAs 21

Chapter 7 – Socio-economic and socio-demographic differences among CMAs 22

Post-secondary education 22

Unemployment rates 22

Income 22

Immigrant population 23

Aboriginal population 23

Chapter 8 – Understanding CMA differences in health outcomes **25**

Chapter 9 – Conclusion **31**

Appendix A: Comparison of Canada and CMAs, selected characteristics **32**

Appendix B: Relationship of health-related factors **33**

Appendix C: Definitions **35**

Executive summary

This report is the second of a series that develops statistical measures to shed light on issues of importance for Canada's largest urban areas. Statistics Canada has worked on this project in collaboration with the Cities Secretariat of the Privy Council Office.

The objective is to provide statistical measures on trends and conditions in our larger urban areas and the neighbourhoods within them. These measures will be available for use in city planning and in policy assessments of what works to create a healthy city.

This report paints a statistical picture of health in Canadian Census Metropolitan Areas (CMAs) principally using data for 2000/2001 from the Canadian Community Health Survey (CCHS). This survey provides a wealth of data on Canadians' health status, risk factors, and health care use. Other data on health and health care are also used where appropriate.

Life expectancy and self-rated health

Canadians enjoy longer life and generally better health than many other industrialized countries. Canada ranked fifth on a list of 22 OECD countries, and had life expectancy of 79.4 years in 2000. This was 2.6 years higher than life expectancy in the U.S. but 1.8 years behind the frontrunner–Japan.

Nevertheless, within Canada, there are large differences in life expectancy among Canada's largest metropolitan areas. Among the 25 CMAs examined in this study, life expectancy was highest in Vancouver (81.1 years) and lowest in Greater Sudbury (76.7). This range observed among CMAs within Canada was nearly as large as the range observed among OECD countries.

CMAs also differ importantly in their level of self-rated health. A number of CMAs from southern and northern Ontario have low proportions of residents with good self-rated health. Conversely, all Quebec CMAs have rates of good self-rated health that are at or above the Canadian average.

Health behaviours

Vancouver, had the lowest smoking rate among CMAs with fewer than one in six of its population aged 12 and over smoking. Victoria and Toronto had rates of smoking that were significantly below the Canadian average. The highest rates of smoking among CMAs were found in Greater Sudbury and Trois-Rivières where more than 30% of the population, aged 12 and over, smoked.

Vancouver and Toronto also had the lowest rates of heavy drinking among CMAs, where no more than 12% of residents reported heavy drinking. This compares to about 15% in Canada overall, and rates of greater than 20% in Chicoutimi–Jonquière, Thunder Bay, St. John's and Greater Sudbury.

Vancouver and Victoria had the lowest rates of physical inactivity during leisure time of all CMAs with fewer than 40% of those aged 12 and over reporting inactivity during leisure time compared to a rate of about 50% in Canada overall.

Health conditions

Victoria, Vancouver, Québec, Montréal and Toronto were all CMAs where the obesity rate was significantly lower than the Canadian average. On average, 15% of Canadians aged 20 to 64 years were considered obese (through an examination of their Body Mass Index), while rates in Vancouver and Victoria were as low as 10%.

The rate of high blood pressure also varied substantially among CMAs, with Vancouver among those with a low rate (10.7%) and Hamilton among those with a high rate (15.4%).

Psycho-social factors

Québec (33%) and Montréal (28.9%) had higher rates of life stress than the Canadian average (26.4%). Rates of depression were somewhat varied among CMAs but were not statistically different from the Canadian average.

Health system-related factors

The percent of residents with self-perceived unmet health care needs varied among CMAs with Windsor having the highest rate at 18.7%. Vancouver, Toronto and Québec had rates of self-perceived unmet health care needs that were significantly lower than the Canadian average.

There were also large differences in the numbers of general and family practitioners (GPs/FPs) among the CMAs. St. Catharines–Niagara, Windsor and Oshawa had the lowest rates of GPs/FPs per 100,000 (60 to 61), while Victoria (148) and Sherbrooke (161) had the highest rates of GPs/FPs among all CMAs.

Understanding CMA differences in health outcomes

CMA differences in health outcomes derive from differences in the health and health care conditions discussed above, as well as from the socio-economic and socio-demographic make-up of the CMA. The data show that CMA life expectancy is negatively correlated with CMA smoking rates, heavy drinking rates, obesity rates and high blood pressure rates, and positively correlated with the share of the population that is a post-secondary graduate, the average family household income in the CMA and the share of the population that were recent immigrants. This is not to say that other factors are unimportant, only that they were not found to be correlated with life expectancy measured at the CMA level in Canada.

Chapter 1

Introduction

Health outcomes often have very striking spatial expressions both across and within countries, even those with well-developed health care systems. Often these differing aggregate health outcomes reflect underlying living conditions in those places. The purpose of this report is to provide an overview of lifestyle-related health behaviours, health conditions, health outcomes and the health care system concerns of residents of Canada's metropolitan areas.

The report draws its results primarily from the Canadian Community Health Survey (CCHS), which gathered information on 25 census metropolitan areas (CMAs) for 2000/2001.[1] This survey provides a wealth of data on Canadians' health status, risk factors, and health care use. Other data on health and health care are also used.

Health indicators are examined at the CMA level. A CMA is formed by one or more adjacent municipalities centred on a large urban area (known as the urban core). The census population count of the urban core must be at least 100,000 to form a census metropolitan area. To be included in the CMA, other adjacent municipalities must have a high degree of integration with the central urban area, as measured by commuting flows derived from census place of work data. Over 60% of all Canadians live within one of the 25 CMAs examined in this report.

Studying the health of CMA residents paints a picture of one important aspect of the well-being of the majority of Canadians. The paper examines health of Canadians using a simple framework which links health outcomes such as life expectancy, with health behaviours like smoking, health characteristics like stress, health care availability and utilization like the number of doctors in the population, individual characteristics like immigration status, and other indicators of well-being including income and education status (see Appendix B: Relationship of health-related factors). This report explores differences in these measures in the context of Canada's 25 CMAs.

1. Because the data for the CCHS was based on 1996 Census geography, the new 2001 CMAs of Kingston and Abbotsford were not part of this study.

Chapter 2

Health outcomes: Variation among countries and CMAs

Life expectancy

Life expectancy at birth is considered to be an important indicator of the health of a population and the life expectancy of Canadians ranks among the highest in the world. In 2000, Canada's life expectancy at birth was tied with Italy for 5th place out of 22 developed Organisation for Economic and Cooperative Development (OECD) countries at 79.4 years (Table 1). Canadians' life expectancy was 1.8 years behind the leader, Japan, but at least 2.5 years ahead of countries such as the United States, Ireland and Denmark.

Health differences between countries often masks considerable variation in health outcomes within countries. Within Canada, life expectancy in 2000 varied from a low of 76.7 years in Greater Sudbury to a high of 81.1 years in Vancouver. This is almost the same gap as between Japan and Ireland.

Self-rated good or better health

Self-rated health is considered to be a reliable and valid measure of health within a country and has good predictive power for outcomes like mortality.[2,3,4] Internationally, Canada has one of the highest proportion of citizens with good or better self-rated health out of 18 OECD countries that used similar definitions of self-rated health (see Table 2). However, some caution should be taken when comparing self-rated health across countries, as collection method and cultural tendencies can have an effect on their results. For instance, residents of Japan tend to favour a "central tendency" bias in their responses to self-rated health, claiming excellent or very poor health much less often than good or fair.[5]

Just as was seen for life expectancy, we see variations in self-rated good health across Canada's CMAs (Table 2). (Self-rated good health, as with other indicators coming from the CCHS are presented after adjusting for age differences across CMAs. See Appendix C: Definitions.) Greater Sudbury (83.2%), Thunder Bay (84.2%) and Windsor (84.6%) have among the lowest proportions of the population reporting good-self rated health. In fact, a number of CMAs from southern and northern Ontario have lower proportions of residents with good self-rated health. Conversely, Québec (91.6%) and Chicoutimi–Jonquière (90.6%) have among the highest proportions of people reporting good self-rated health. All Quebec CMAs have rates of good self-rated health that are at or above the Canadian average.

2. Idler, E.L. and Y. Breyamini. 1997. "Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies." *Journal of Health and Social Behaviour,* 38(1): 21-37.
3. Kaplan, G.A., D.E. Goldberg, S.A. Everson, R.D. Cohen, R. Salonen, J. Tuomilehto and J. Salonen. 1996. "Perceived health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio Ischaemic Heart Disease Risk Study." *International Journal of Epidemiology,* 25(2): 259-265.
4. Brazier, J.E., R. Harper, N.M.B. Jones, A. O'Cathain, K.J. Thomas, T. Underwood and L. Westlake. 1992. "Validating the SF-36 Health Survey Questionnaire: new outcome measure for primary care." *British Medical Journal,* 305: 160-164.
5. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). 2003. *Health at a Glance – OECD Indicators 2003.* Paris: OECD.

Table 1: Life expectancy at birth, OECD countries and Canadian CMAs, listed from highest to lowest, 2000

Selected OECD countries	2000	CMAs	2000	95% confidence interval
Japan	81.2	Vancouver	81.1	80.9 - 81.3
Switzerland	79.8	Toronto	81.0	80.8 - 81.1
Iceland	79.7	Victoria	80.9	80.4 - 81.3
Sweden	79.7	Calgary	80.0	79.6 - 80.3
Canada	**79.4**	Edmonton	79.8	79.5 - 80.1
Italy	79.4	Québec	79.8	79.4 - 80.1
Australia	79.3	Kitchener	79.7	79.2 - 80.1
Spain	79.1	Ottawa–Hull	79.5	79.2 - 79.8
France	79.0	Montréal	79.5	79.3 - 79.6
Norway	78.7	Hamilton	79.4	79.0 - 79.7
Austria	78.3	Oshawa	79.3	78.8 - 79.8
New Zealand	78.3	Saskatoon	79.1	78.5 - 79.7
Luxembourg	78.1	Sherbrooke	79.1	78.3 - 79.8
Netherlands	78.0	Halifax	79.1	78.6 - 79.5
United Kingdom	77.8	London	78.8	78.3 - 79.2
Belgium	77.7	Windsor	78.6	78.1 - 79.1
Finland	77.6	Trois-Rivières	78.6	77.8 - 79.3
Denmark	76.9	St. Catharines–Niagara	78.5	78.1 - 79.0
United States	76.8	Saint John	78.3	77.6 - 79.1
Ireland	76.7	Winnipeg	78.1	77.8 - 78.5
Portugal	76.2	Regina	78.0	77.3 - 78.6
Czech Republic	75.1	Chicoutimi–Jonquière	77.7	76.9 - 78.4
		St. John's	77.4	76.7 - 78.1
		Thunder Bay	77.3	76.5 - 78.1
		Greater Sudbury	76.7	76.0 - 77.4

Sources: OECD Health Data 2003 June edition, Statistics Canada, Health Statistics Division (special tabulations).

Table 2: Good or better self-rated health, selected OECD countries and Canadian CMAs, listed from lowest to highest rate, 2000/01

Selected OECD countries with similar definitions	2001 (%)	CMAs	Age adjusted (%)	95% confidence interval (%)
United States	88.9	**CANADA**	**88.0**	87.7 - 88.2
Canada	**88.0**	Québec	91.6	90.1 - 93.2
Iceland	84.6**	Chicoutimi–Jonquière	90.6	88.6 - 92.7
Australia	81.9	Calgary	90.4	88.8 - 91.9
Netherlands	77.9	Trois-Rivières	90.4	87.8 - 92.9
Denmark	77.9	London	90.0	88.5 - 91.6
Belgium	77.2	Montréal	89.3	88.3 - 90.3
United Kingdom	74.3	Sherbrooke	89.2	86.9 - 91.5
Sweden	73.5	Toronto	88.3	87.3 - 89.2
Spain	69.8	St. Catharines–Niagara	88.2	85.9 - 90.6
Finland	67.1	Edmonton	88.1	86.6 - 89.7
Mexico	65.2	Winnipeg	88.1	86.7 - 89.5
Czech Republic	62.2**	Victoria	88.0	85.8 - 90.3
Italy	60.6	Ottawa–Hull	88.0	86.5 - 89.4
Poland	46.8	Saskatoon	87.9	85.5 - 90.3
Hungary	43.2*	Halifax	87.9	86.0 - 89.9
Japan	40.6	Vancouver	87.7	86.8 - 88.6
Korea	36.6	St. John's	87.7	85.4 - 89.9
		Kitchener	87.6	85.7 - 89.5
		Regina	87.4	84.8 - 90.0
		Saint John	87.3	84.3 - 90.4
		Hamilton	86.8	85.2 - 88.5
		Oshawa	86.4	84.4 - 88.4
		Windsor	84.6	82.0 - 87.2
		Thunder Bay	84.2	81.5 - 87.0
		Greater Sudbury	83.2	80.4 - 85.9

Note: * 2000 data, ** 2002 data.
Note: Cultural tendency bias in self-reporting of health may account for some differences between countries. Compare the OECD data with caution.
Source: OECD Health Data, 2003.
Source: Statistics Canada, Canadian Community Health Survey, 2000/01.

Chapter 3

Differences in lifestyle factors and health conditions among CMAs

Certain lifestyle behaviours can have serious impacts on one's health and well-being. Health outcomes associated with risky lifestyle choices are generally considered to be improved by changing one's own behaviour, either by one's own initiative or by the presence of laws or public policies that restrict or deter such behaviours. One's own behaviour can also have an influence on health conditions like obesity and high blood pressure. One of the most well-documented lifestyle behaviours with a strong association with health outcomes is that of smoking. In addition to tobacco consumption, the World Health Organization has also identified high blood pressure, obesity, alcohol consumption and high cholesterol as risk factors in relation to life expectancy for developed countries.[6]

Smoking

As mentioned above, smoking has been well documented as a significant contributor to premature mortality and poor health conditions. In 2000/01, the CMAs of Vancouver (15.5%), Victoria (17.8%) and Toronto (19.2%) had among the lowest rates of smoking among all metro areas (Figure 1). The smaller CMAs of Greater Sudbury (31.1%), Trois-Rivières (30.4%) and Chicoutimi–Jonquière (29.2%), on the other hand, had some of the highest smoking rates of all of Canada's metropolitan areas.

Heavy drinking

While some studies have shown that there are positive effects related to moderate alcohol consumption, others show that excessive drinking has a definitive negative impact. There are differences among CMAs in the frequency of heavy drinking (i.e., consuming five or more drinks on one occasion, at least 12 times a year). The proportion of people engaged in regular heavy drinking was highest in Greater Sudbury (22.8%), St. John's (22.5%), Thunder Bay (21.1%) and Chicoutimi–Jonquière (20.9%) (Figure 2). Generally speaking, the CMAs with the highest proportions of heavy drinking were in smaller parts of Ontario and Quebec, eastern Canada and the Prairies. Prevalence of such activity was lowest in Toronto (10.8%), followed by Vancouver (12.0%) and Montréal (13.5%), the three largest CMAs.

Physical inactivity

Being physically inactive during leisure time is considered to have negative short-term and long-term effects on the health and well-being of individuals. Among CMAs, there were wide differences in the proportion of the population aged 12 and over that are physically inactive. In 2000/01, the CMAs with the least physically inactive populations were Victoria (35.5%), Vancouver (37.7%) and Thunder Bay (39.8%) (see Figure 3). Inactivity was, generally speaking, least frequent among CMAs west of Ontario, along with CMAs in northern Ontario. The CMAs with the most physically inactive populations were residents of Sherbrooke (60.2%) and Chicoutimi–Jonquière (60.0%).

6. World Health Organization (WHO). 2002. *The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Switzerland: WHO.

Obesity

Obesity (i.e., a Body Mass Index score of 30.0 or higher, as classified by the WHO) is generally considered to be a lifestyle issue that, for most cases, can be addressed by combining healthier food intake with increased exercise. Despite this, recent Canadian studies have shown that obesity is an increasing problem in Canada and that it can have serious impacts on an individual's health as well as on the health care system.[7,8]

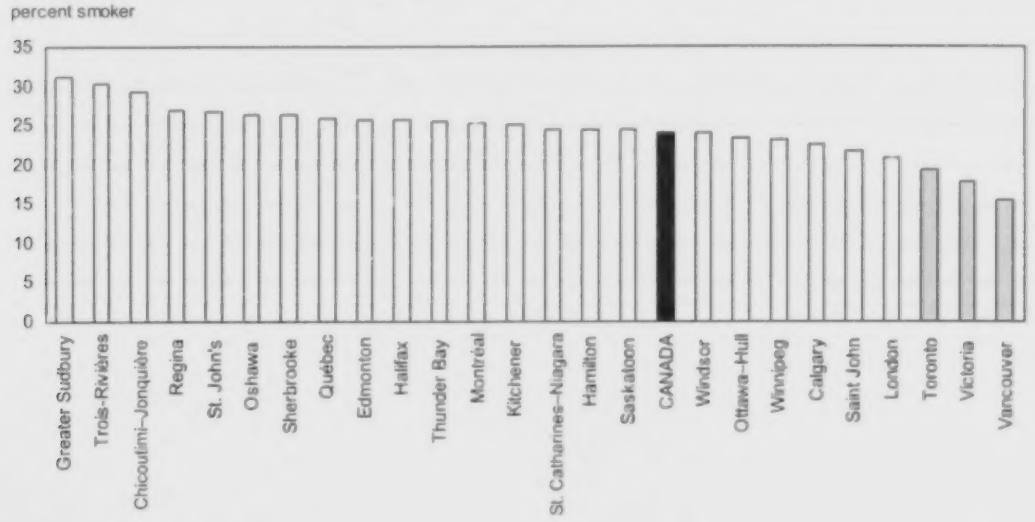
In 2000/01, the proportion of obese people aged 20 to 64 was highest in the CMAs of Thunder Bay (19.8%), Windsor (19.3%) and Saskatoon (19.1%) (Figure 4). Among CMAs, the lowest rates of obesity were found in Victoria (9.8%), Sherbrooke (10.0%), Vancouver (10.1%), Québec (10.4%) and Chicoutimi–Jonquière (10.7%)—about half the level as the CMAs with the largest proportion of obese people.

High blood pressure

Although there were not wide variations in the proportion of residents, aged 12 and over, having being diagnosed by a health professional as having high blood pressure, some differences are worth noting (see Figure 5). For example, Saint John (16.3%), Greater Sudbury (16.2%) and Hamilton (15.4%) had among the highest rates of high blood pressure of all CMAs, while Calgary (9.9%), Saskatoon (9.9%) and Vancouver (10.7%) were among the lowest. A large number of CMAs fell within the 11%-13% range for high blood pressure diagnosis.

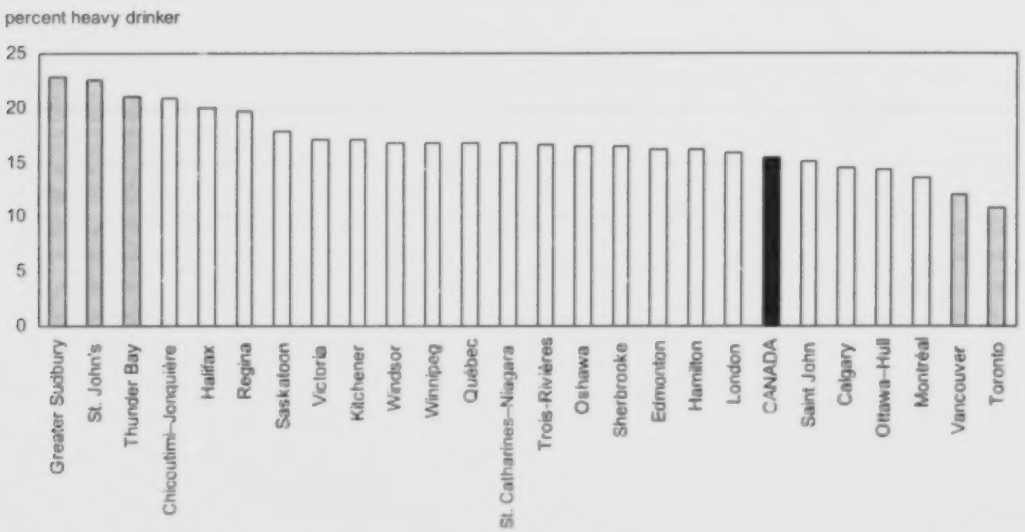
7. Gilmore, J. 1999. "Body mass index and health." Statistics Canada Catalogue no. 82-003. *Health Reports*, 11(1): 31-43.
8. Birmingham, C.L., J.L. Muller, A. Palepu, J.J. Spinelli and A.H. Anis. 1999. "The cost of obesity in Canada." *Canadian Medical Association Journal*, 160: 483-488.

Figure 1: Current smokers aged 12 and over, from highest to lowest, by CMA, 2000/01



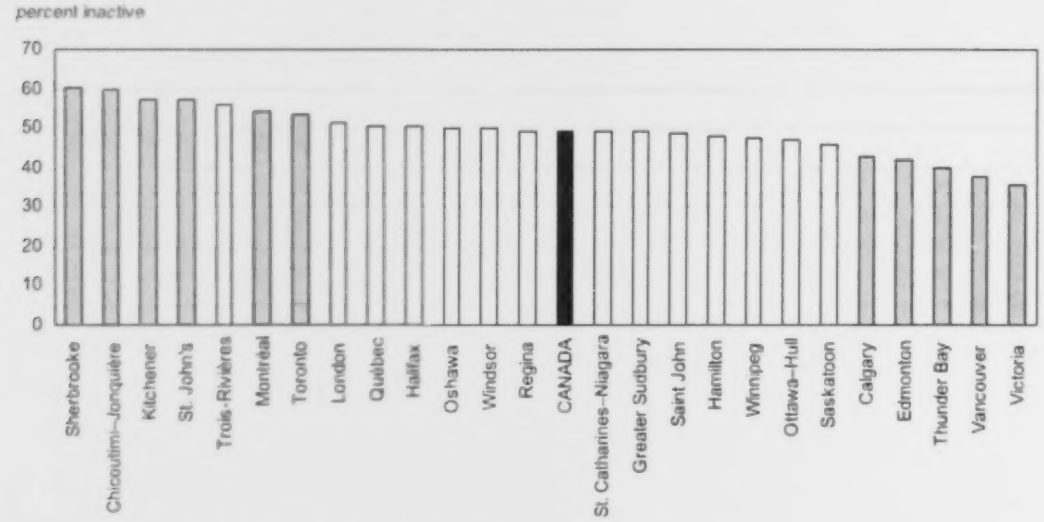
Source: Canadian Community Health Survey (2000/01), age-standardized. Grey shading indicates values different from the Canada average at the 5% level. Data are in Appendix A.

Figure 2: Percent of heavy drinkers aged 12 and over, from highest to lowest, by CMA, 2000/01



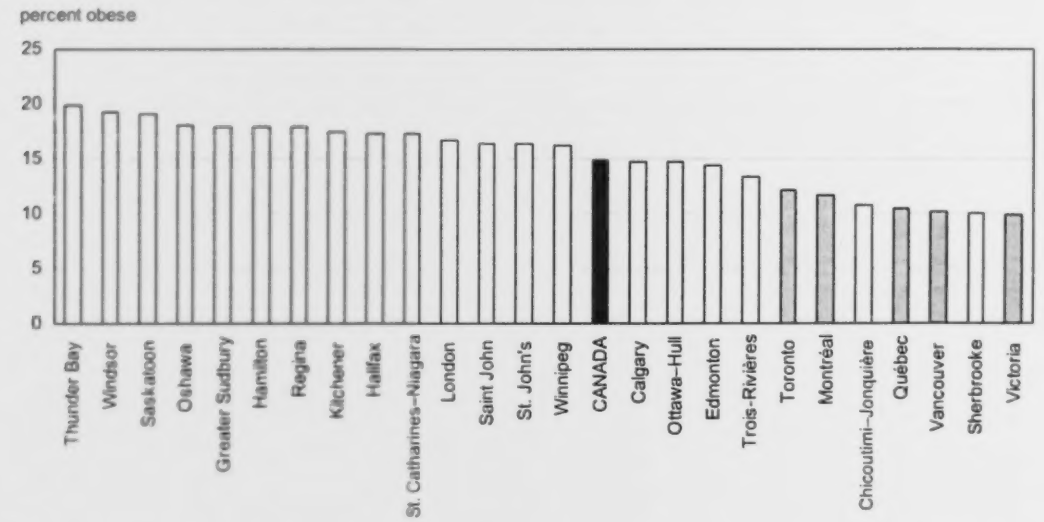
Source: Canadian Community Health Survey (2000/01), age-standardized. Grey shading indicates values different from the Canada average at the 5% level. Data are in Appendix A.

Figure 3: Percent physically inactive aged 12 and over, from highest to lowest, by CMA, 2000/01



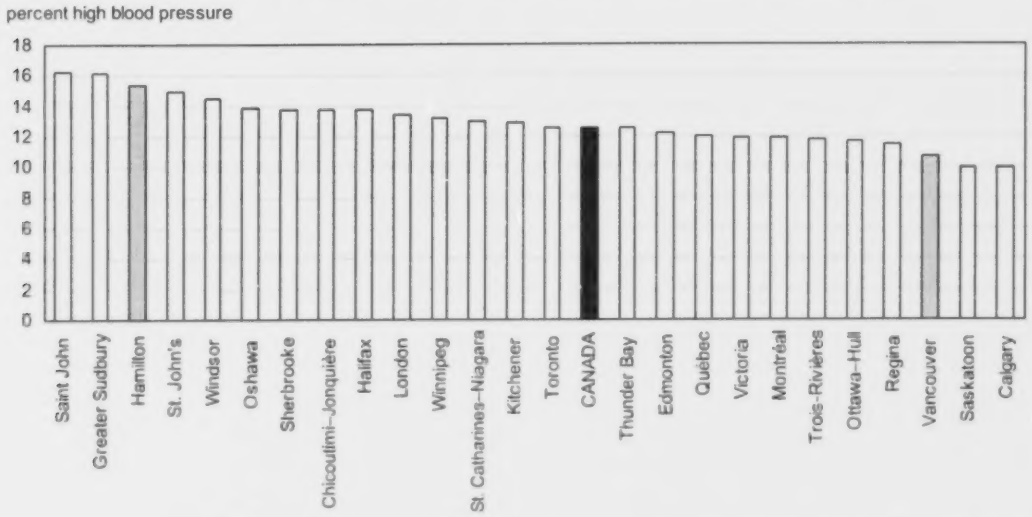
Source: Canadian Community Health Survey (2000/01), age-standardized. Grey shading indicates values different from the Canada average at the 5% level. Data are in Appendix A.

Figure 4: Percent of obese aged 20 to 64, from highest to lowest, by CMA, 2000/01



Source: Canadian Community Health Survey (2000/01), age-standardized. Grey shading indicates values different from the Canada average at the 5% level. Data are in Appendix A.

Figure 5: Percent with high blood pressure, aged 12 and over, from highest to lowest, by CMA, 2000/01



Source: Canadian Community Health Survey (2000/01), age-standardized. Grey shading indicates values different from the Canada average at the 5% level. Data are in Appendix A.

Chapter 4

Differences in psycho-social factors among CMAs

Some studies indicate a relationship between psycho-social factors and health outcomes.[9,10] Depression and life stress are two such factors that can be tested for such relationships.

Depression

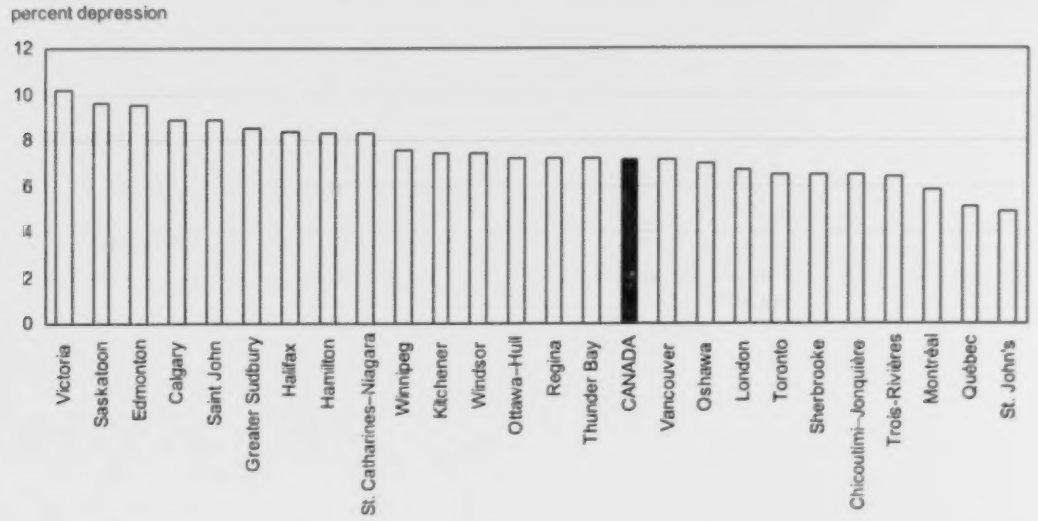
There are only a few differences in prevalence of depression among CMAs; for example, St. John's residents had a low prevalence of depression (4.9%) while those in Victoria (10.2%) had a high rate (see Figure 6). However, neither of these rates were significantly different from the Canadian average (7.1%). Most other differences among CMAs were not of particular statistical significance.

Life stress

When it comes to prevalence of CMA residents having a lot of life stress, there are marked differences between the metropolitan areas with the lowest levels of life stress and those with the highest. In 2000/01, just over one in six (16.4%) of St. John's residents claimed to have a lot of life stress, compared with almost three out of eight (33.0%) residents of Québec (see Figure 7). Halifax and Vancouver CMAs also had low rates of life stress, while some other Quebec and southern Ontario CMAs had high levels.

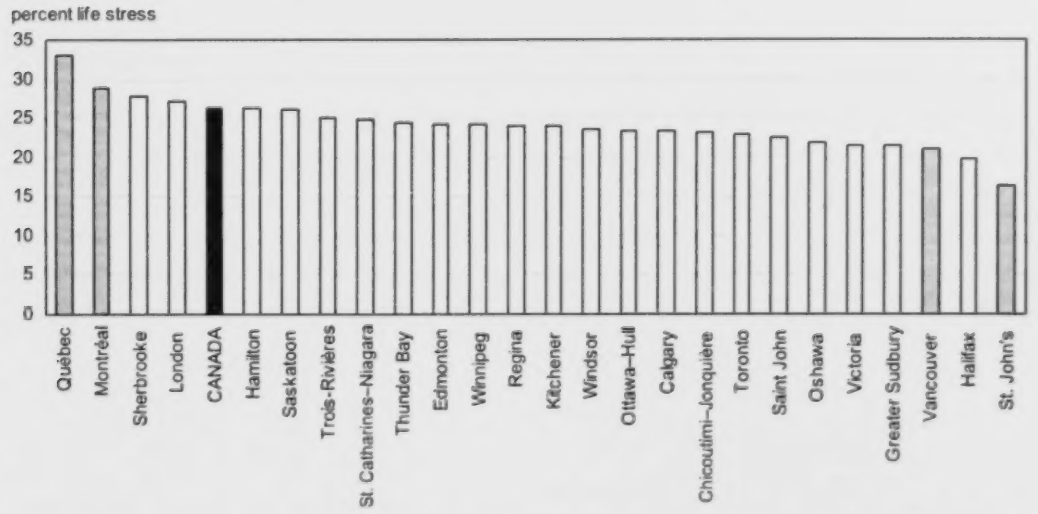
9. Shields, Margot and Shooshtari, Shahin. 2001. "Determinants of self-perceived health." Statistics Canada Catalogue no. 82-003. *Health Reports*, 13(1): 35-53.
10. Shields, Margot. 2004. "Stress, health and the benefits of social support." Statistics Canada Catalogue no. 82-003. *Health Reports*, 15(1): 9-38.

Figure 6: Percent with depression, aged 12 and over, from highest to lowest, by CMA, 2000/01



Source: Canadian Community Health Survey (2000/01), age-standardized. Grey shading indicates values different from the Canada average at the 5% level. Data are in Appendix A.

Figure 7: Percent with life stress, aged 18 and over, from highest to lowest, by CMA, 2000/01



Source: Canadian Community Health Survey (2000/01), age-standardized. Grey shading indicates values different from the Canada average at the 5% level. Data are in Appendix A.

Chapter 5

Differences in health system-related factors among CMAs

Some more recent studies have searched for relationships between health system characteristics and the health of the population.[11,12] Three health system variables of interest here are self-perceived unmet health care needs, general practitioners/family practitioners per 100,000 population and medical specialists per 100,000 population.

Self-perceived unmet health care needs

There was a fair degree of variation among CMAs with regards to their residents' perception as to whether they had a health care need over the past year that went unmet (regardless of whether it was due to their own choices or due to a perceived problem with the health care system itself). Residents of Québec were least likely to state that they had an unmet health care need during the previous year (7.6%), while residents of Windsor (18.7%), and Thunder Bay (17.1%) were among the most likely to cite an unmet health care need (see Figure 8).

Doctors per 100,000 population/Medical specialists per 100,000 population

It is generally thought that the presence of many general and family practitioners within an area will provide residents with increased access to such services. Therefore, residents should be able to better avoid negative health outcomes or get diagnosed or treated for existing conditions. There is definitely a great deal of differences in the number of GPs/FPs per 100,000 across CMAs; in 2001, St. Catharines–Niagara, Windsor and Oshawa had the lowest rates of GPs/FPs per 100,000 (60 to 61), while Victoria (148) and Sherbrooke (161) had the highest rates of GPs/FPs among all CMAs (Table 3).

Similar patterns exist for the number of medical specialists per 100,000. Kitchener (56 per 100,000) followed by St. Catharines–Niagara (60) had the lowest rates of medical specialists compared with all other CMAs; Sherbrooke (216 per 100,000) had the highest rate of medical specialists, followed distantly by London (191).

Some, but not all of these results by CMA may be influenced by the presence of medical schools. For example, Sherbrooke, Québec and London all have medical schools and this may partially explain why there are high proportions of GPs/FPs and specialist working in these communities. However, Victoria which has a high proportion of GPs/FPs per 100,00 population does not have a medical school.

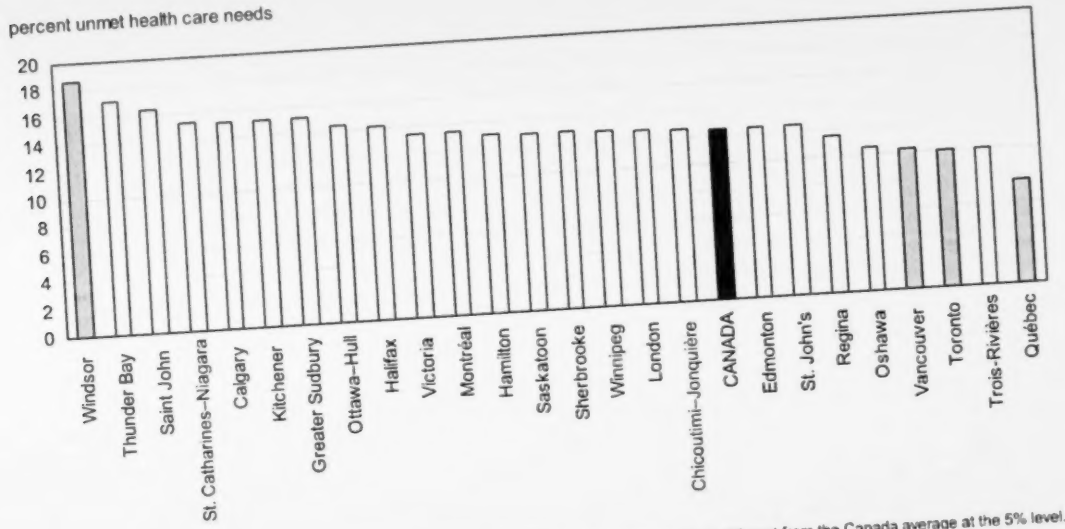
11. Johansen, Helen, C. Nair, L. Mao and M.C. Wolfson. 2002. "Revascularization and heart attack outcomes." Statistics Canada Catalogue no. 82-003. *Health Reports*. 13(2): 35-47.
12. Sanmartin, Claudia and Jean-Marie Berthelot. 2002. "Changes in unmet health care needs." Statistics Canada Catalogue no. 82-003. *Health Reports*, 13(3): 15-22.

Table 3: General practitioners/family practitioners (GP/FP) and medical specialists per 100,000 population, by CMA, listed from lowest to highest rate, 2001

CMA	GP/FP rate	CMA	Specialists rate
Canada	**95.0**	**Canada**	**93.0**
St. Catharines–Niagara	60.0	Kitchener	55.6
Windsor	60.5	St. Catharines–Niagara	59.5
Oshawa	61.3	Oshawa	61.3
Kitchener	75.5	Windsor	73.0
Greater Sudbury	82.3	Chicoutimi–Jonquière	79.4
Hamilton	84.9	Thunder Bay	92.3
Thunder Bay	88.3	Regina	93.4
Calgary	90.3	Greater Sudbury	100.2
Toronto	90.6	Saint John	108.5
Edmonton	94.7	Calgary	109.5
Winnipeg	94.9	Toronto	110.8
London	97.3	Trois-Rivières	115.9
Chicoutimi–Jonquière	97.7	Vancouver	116.4
Trois-Rivières	98.2	Edmonton	116.8
Saint John	99.1	Victoria	122.0
Montréal	104.3	Winnipeg	135.5
Vancouver	108.2	Montréal	137.1
Ottawa–Hull	111.7	Ottawa–Hull	139.6
Saskatoon	116.3	Hamilton	140.5
Regina	120.1	Saskatoon	154.4
Halifax	124.2	St. John's	161.2
St. John's	127.7	Québec	180.1
Québec	142.7	Halifax	183.2
Victoria	148.1	London	191.4
Sherbrooke	160.7	Sherbrooke	216.3

Source: Canadian Institute for Health Information, Southam Medical Database.

Figure 8: Percent with self-perceived unmet health care needs, aged 12 and over, from highest to lowest, by CMA, 2000/01



Source: Canadian Community Health Survey (2000/01), age-standardized.Grey shading indicates values different from the Canada average at the 5% level. Data are in Appendix A.

Chapter 6

Regional CMA patterns of health

There are some regional patterns of health among CMAs. Some of these patterns are more prominent than others, but they are all worth examining.

Atlantic CMAs

The Atlantic CMAs have some similarities to each other. Namely, all three have life expectancy values that were below the Canada average. All three had proportions of persons with high blood pressure that were higher than the Canadian average, while all of them had proportions of persons with high life stress that were lower than the Canadian average. Halifax and St. John's also had proportions of smokers and heavy drinkers that were above the Canadian averages.

Quebec CMAs

Montréal and Québec had life expectancy values around the Canada average, while the other three CMAs had values that were below the national average. When compared with national rates, all had high proportions of good self-rated health, but worse smoking and physical inactivity rates. Most Quebec CMAs had below-average proportions of obese people and depression but higher-than-average proportions of life stress.

Ontario CMAs

Ontario CMAs have some notable north-south differences in health. Most CMAs in southern and eastern Ontario had high life expectancy and high proportions of good self-rated health, but the two northern ones (Greater Sudbury and Thunder Bay) had below average proportions. The heavy drinking rate was higher in these two northern metro areas compared with both the Canada average and most other Ontario CMAs; however, physical inactivity was less common among these two CMAs compared with the rate for most southern Ontario CMAs and the national rate. High rates of obesity appear to be an issue for most Ontario CMAs, with the exception of Toronto and Ottawa–Hull. Rates of FP/GP seem to be low across most Ontario CMAs compared with the Canada rate and that of other CMAs outside of Ontario. However, the rates of medical specialists per 100,000 in London, Hamilton and Ottawa–Hull were higher than the national rate.

Manitoba and Saskatchewan CMAs

The three Prairie CMAs of Winnipeg, Regina and Saskatoon have life expectancies below (but within a year of) the Canada average, and rates of good self-rated health that are around the national rate. The proportion of residents of these CMAs engaged in heavy drinking is somewhat higher than the national average, as is the proportion of obese people. Regina and Saskatoon have rates of FP/GPs per 100,000 population well above the Canada average, while Winnipeg and Saskatoon have rates of medical specialists per 100,000 well above the national figure.

Alberta CMAs

The Alberta CMAs of Calgary and Edmonton have life expectancies above the national average. Their rates of physical inactivity during leisure time are lower than the Canada rate, while their prevalence of depression is slightly higher than the national average. The rates of FP/GPs per 100,000 population are lower in the two Alberta CMAs compared with the national average, while their rates of medical specialists per 100,000 are higher.

British Columbia CMAs

The two British Columbia CMAs of Vancouver and Victoria have among the highest life expectancies of all Canadian CMAs and self-rated good health on par with the national average. Compared with the national figures, these two CMAs share lower rates of smoking, physical inactivity and obesity. They both have relatively high rates of FP/GPs and medical specialists per 100,000.

Chapter 7

Socio-economic and socio-demographic differences among CMAs

Health outcomes are affected by socio-economic conditions; traditional socio-economic indicators include education, income and unemployment. Demographic composition can also play a role in the health of a population. Immigration, for instance, has been noted in previous Canadian research as having a strong positive influence on a population's health, especially if the immigrants have recently arrived.[13,14] Aboriginal population and the overall age structure have also been cited as having an influence on the overall health status of a population.

Post-secondary education

At the individual level, Canadians with post-secondary education are generally in better health compared with those who do not have such high levels of education.[7,9,10] There are wide differences in the proportions of post-secondary graduates residing within these CMAs. This may be due, in part, to job prospects (or lack thereof) associated with their post-secondary field of study. That is to say, if there are good job prospects in a CMA, Canadians may move to or stay within a CMA; conversely if there are no jobs in their field in the CMA in which they do their studies, they aren't as likely to stay. In 2001, 45% of Ottawa–Hull residents aged 25 to 54, were graduates of a post-secondary institution—highest among all CMAs. This CMA is followed by Toronto, Victoria, Calgary, Halifax and Vancouver, with proportions of about 40% post-secondary graduates (see Table 4). At the bottom end, 28% of St. Catharines–Niagara residents, aged 25 to 54, graduated from a post-secondary institution, followed by Greater Sudbury (28.5%), Chicoutimi–Jonquière and Saint John (both at 29.3%).

Unemployment rates

Like post-secondary graduates, unemployment rates for the population aged 15 and over vary across metro areas. In 2001, rates ranged from a low of 4.5% in Calgary to a high of 11.2% in Chicoutimi–Jonquière.

Income

Although, generally speaking, education and income have fairly strong associations with each other, it is interesting to note some CMA differences based on various income measures. As seen in Table 4, average family income is high in many Ontario CMAs but low in many Quebec CMAs.

Some research has linked income inequality and health in cities. As other Canadian studies have shown, the median share of income (the proportion of income held by households whose income fall below the median household income; see Appendix C: Definitions) does not vary much between sub-provincial

13. Chen, J., R. Wilkins and E. Ng. 1996. "Health Expectancy by Immigrant Status, 1986 and 1991. Statistics Canada Catalogue no. 82-003. *Health Reports*, 8(3): 29-38.
14. Pérez, C. 2002. "Health Status and health behaviours among immigrants." Statistics Canada Catalogue no. 82-003-SPE. Supplement to *Health Reports*, 13:89-100.

regions in Canada, especially compared with U.S. cities.[15] Nevertheless, it is worth similarly noting that Oshawa residents had higher median share of income (24.8%) compared with those in Toronto (20.2%) and Trois-Rivières (20.6%). Most other CMAs had about the same median shares of income.

Immigrant population

As mentioned earlier, a high proportion of immigrants (especially new immigrants) can have a strong positive influence on the health of a community. By far, Toronto has the highest proportion of immigrants among all other CMAs, with 43.7% of citizens having been born outside of Canada (see Table 4). Next is Vancouver, with 37.5% of citizens having been born elsewhere. The proportions of immigrants drop off drastically from there, with Hamilton being third-highest at 23.6%. The lowest proportions are found in some of the Quebec CMAs outside of Montréal, such as Chicoutimi–Jonquière (0.9%), Trois-Rivières (1.5%) and Québec (2.9%), in addition to St. John's (also at 2.9%).

Aboriginal population

Some recent sub-national Canadian studies[16,17,18,19] have indicated that Aboriginal population have poor health outcomes such as low life expectancy and poor self-rated health. However, because most of the Aboriginal population live in rural areas or urban areas outside of large cities,[20] the results of these recent studies may not be completely relevant to this particular analysis. In 2001, Regina (8.3%), Winnipeg (8.4%) and Saskatoon (9.1%) had the highest proportions of Aboriginal people among all CMAs; 11 others had Aboriginal populations of 1% or less. It remains to be seen, however, the degree to which the life expectancy of the three Prairie regions, which all fall below the national average, is due to their relatively high Aboriginal population.

15. Ross, N., M.C. Wolfson and J.-M. Berthelot. 1999. "Median share of income and mortality among working-age people in Canada and in the U.S." Statistics Canada Catalogue no. 82-003. *Health Reports*, 11(3): 77-82.
16. Shields, M. and S. Tremblay. 2002. "The Health of Canada's Communities." Statistics Canada Catalogue no. 82-003-SPE. *Supplement to Health Reports*, 13: 9-32.
17. Gilmore, J. and B. Wannell. 1999. "Life expectancy." Statistics Canada Catalogue no. 82-003. *Health Reports*, 11(3): 9-24.
18. Tjepkema, Michael. 2002. "The health of the off-reserve Aboriginal population". Statistics Canada Catalogue no. 82-003. *Supplement to Health Reports*, 13: 73-88.
19. Allard, Yvon, Russell Wilkins, and Jean-Marie Berthelot. 2004. "Premature mortality in health regions with high Aboriginal population." Statistics Canada Catalogue no. 82-003. *Health Reports*, 15(1): 51-62.
20. Statistics Canada. 2003. *Aboriginal Peoples of Canada: A Demographic Profile*. Census of Population 2001 Analysis Series no. 7. Statistics Canada Catalogue no. 96F003XIE001007. Ottawa: Statistics Canada.

Table 4: Socio-economic and socio-demographic characteristics, by CMA, listed by highest to lowest life expectancy

	Post-secondary graduates, age 25-54, 2001	Unemployment rate, 2001	Median share of income, 2001 (2000 data)	Average family household income 2001 (2000 data)	Immigrant population, 2001	Aboriginal population, 2001
	%	%	$	%	%	%
Vancouver	39.6	6.6	23.7	70,196	37.5	1.9
Toronto	40.2	6.3	20.2	81,245	43.7	0.4
Victoria	40.1	8.1	22.4	66,594	18.8	2.8
Calgary	39.9	4.5	21.7	81,999	20.9	2.3
Edmonton	34.2	4.9	22.5	70,308	17.8	4.4
Québec	39.0	7.8	22.1	61,733	2.9	0.6
Kitchener	32.6	6.2	23.0	73,159	22.1	0.8
Ottawa–Hull	45.0	6.3	21.9	80,849	17.6	1.3
Montréal	36.7	8.2	22.0	64,461	18.4	0.3
Hamilton	33.8	6.1	21.3	73,364	23.6	1.1
Oshawa	31.8	5.6	24.8	75,212	15.7	1.0
Saskatoon	34.3	6.2	21.6	62,898	7.6	9.1
Sherbrooke	32.1	9.7	21.4	55,746	4.6	0.2
Halifax	39.8	7.0	21.9	64,913	6.9	1.0
London	35.5	6.4	21.4	69,463	18.8	1.3
Windsor	30.9	6.7	21.1	75,122	22.3	1.3
Trois-Rivières	34.9	7.8	20.6	54,409	1.5	0.5
St. Catharines–Niagara	28.0	6.3	22.4	63,748	17.8	1.3
Saint John	29.3	9.5	21.4	58,558	3.8	0.8
Winnipeg	32.8	5.1	22.0	64,422	10.3	8.4
Regina	31.9	5.5	22.3	66,663	7.4	8.3
Chicoutimi–Jonquière	29.3	11.2	22.2	56,057	0.9	0.8
St. John's	33.1	9.1	21.7	61,167	2.9	0.7
Thunder Bay	31.1	8.0	21.9	66,759	11.1	6.8
Greater Sudbury	28.5	8.7	21.0	63,973	7.0	4.8

Sources: Statistics Canada—Census (2001), Labour Force Survey (2002).

Chapter 8

Understanding CMA differences in health outcomes

The preceding sections discussed CMA differences in health outcomes and health differences. This chapter investigates the relationship between health outcomes and health characteristics in order to help understand why it is that CMAs differ in health outcomes. Given that there are only 25 CMAs in the data, what can be done in such an analysis is limited. Table 5 examines the pairwise correlations between the health outcomes (life expectancy and self-rated health) and health-related characteristics.

Among health behaviours and health conditions, most relationships are as one would expect, lower incidences of smoking, heavy drinking, obesity and high blood pressure are all related to higher life expectancy. Of these, only obesity and high blood pressure were related to lower self-rated health. Among the psycho-social factors neither depression nor life stress was related to lower life expectancy at the CMA level. The unexpected positive relationship between life stress and self-rated health can be shown to be due to one outlying observation (Québec). When this was dropped, the correlation was no longer significantly different from zero.

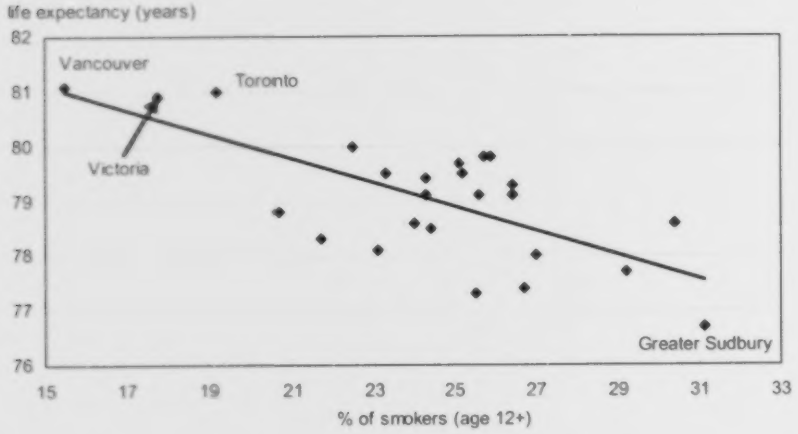
Life expectancy was positively related to the share of post-secondary graduates, the average household income and the share of the population that were immigrants. Self-perceived unmet health care needs were significantly related to lower positive self-rated health but not lower life expectancy. The presence of doctors and medical specialists had a positive association with good self-rated health but shared no association with life expectancy. None of the socio-demographic or socio-economic characteristics were correlated with self-rated health. Of course, this is not to say that these uncorrelated factors are not associated with health, rather, in this limited analysis the relationship was not found to be significant. Scatter plots showing the relationships between life expectancy and those variables that were significantly correlated with life expectancy are shown in Figures 9 through 15.

Table 5: Pairwise correlations between health outcomes and health characteristics

	Life expectancy	Proportion of population in good or better self-rated health
Health behaviours		
Smoker (age 12+)	-0.710**	-0.084
Heavy drinker (age 12+)	-0.808**	-0.350
Physical inactivity (age 12+)	-0.344	0.291
Health conditions		
Obesity (BMI>30.0) (age 20-64)	-0.523**	-0.637**
High blood pressure (age 12+)	-0.520**	-0.444*
Psycho-social factors		
Depression (age 12+)	0.165	-0.306
Life stress (age 18+)	0.163	0.438*
Health system characteristics		
Self-perceived unmet health care needs (age 12+)	-0.365	-0.565**
General Practitioners/Family Practitioners per 100,000	0.179	0.417*
Medical specialists per 100,000	0.108	0.402*
Socio-demographic and Socio-economic characteristics		
Post-secondary graduates, age 25-54, 2001	0.711**	0.394
Unemployment rate, 2001	-0.267	0.051
Median share of income, 2001 (2000 data)	0.230	-0.028
Average family household income, 2001 (2000 data)	0.493*	-0.212
Immigrant population, 2001	0.695**	-0.129
Aboriginal population, 2001	-0.308	-0.343

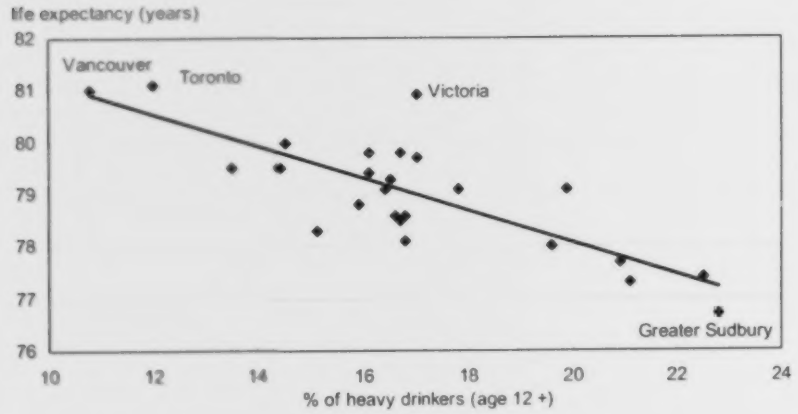
* Indicates the correlation is significantly different from 0 at the 5% level.
** Indicates the correlation significantly different from 0 at the 1% level. Based on 25 observations

Figure 9: Life expectancy and smoking



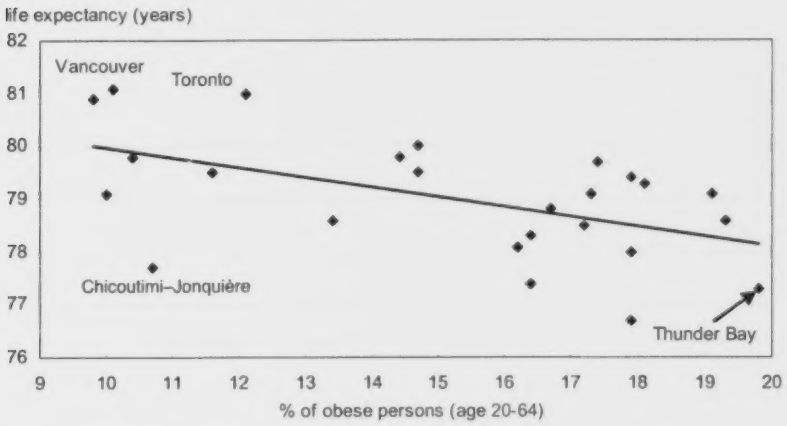
Sources: Statistics Canada, Vital Statistics (2000) (special tabulations) and Canadian Community Health Survey (2000/01), age-standardized.

Figure 10: Life expectancy and heavy drinking



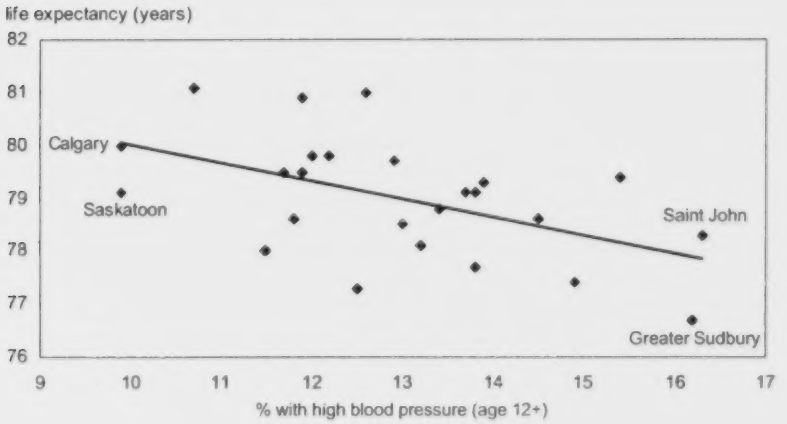
Sources: Statistics Canada, Vital Statistics (2000) (special tabulations) and Canadian Community Health Survey (2000/01), age-standardized.

Figure 11: Life expectancy and obesity



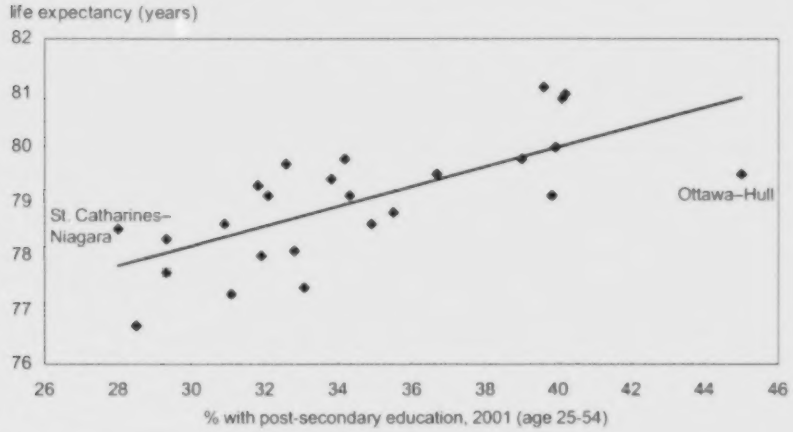
Sources: Statistics Canada, Vital Statistics (2000) (special tabulations) and Canadian Community Health Survey (2000/01), age-standardized.

Figure 12: Life expectancy and high blood pressure



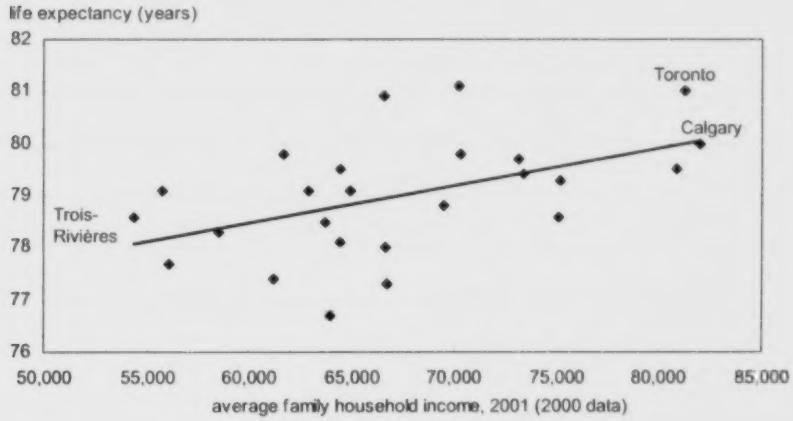
Sources: Statistics Canada, Vital Statistics (2000) (special tabulations) and Canadian Community Health Survey (2000/01), age-standardized.

Figure 13: Life expectancy and percent with post secondary education



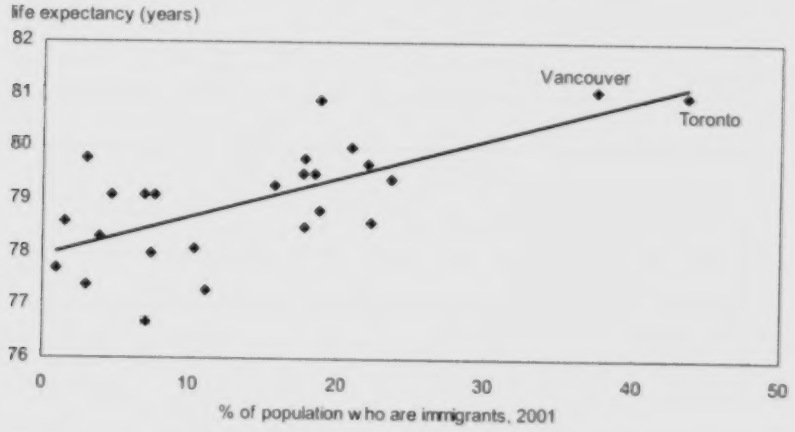
Sources: Statistics Canada, Vital Statistics (2000) (special tabulations) and Census 2001.

Figure 14: Life expectancy and average family household income



Sources: Statistics Canada, Vital Statistics (2000) (special tabulations) and Census 2001.

Figure 15: Life expectancy and proportion of immigrant population



Sources: Statistics Canada, Vital Statistics (2000) (special tabulations) and Census 2001.

Chapter 9

Conclusion

This report uses data from the 2000/2001 Canadian Community Health Survey, as well as some other data sources, to provide an overview of health at the Census Metropolitan Area (CMA) level. The conclusions reflect the diversity of health conditions across Canadian metropolitan areas.

There are two main themes that have arisen from this analysis. One theme is that there are notable differences among CMAs in health outcomes like life expectancy and rating one's health as good or better. It is well known that countries differ widely in their life expectancy, however, this study shows that Canada's metropolitan areas are just as diverse in this regard. The range in life expectancy among Canadian CMAs is nearly as large as the range among 22 OECD countries.

The other theme is that many of Canada's largest urban areas differ in their health-related lifestyles and behaviours, their health conditions and their health care needs/availability. This study examines several indicators of health and the health system, and finds these to vary among CMAs. While interesting in their own right, these indicators can also be used in future studies to help better understand differences in health outcomes among CMAs in Canada.

A basic analysis of the relationship between some health indicators and CMA-level health outcomes is included in this report to help understand these large differences in health outcomes across CMAs. The data show that CMA life expectancy is negatively correlated with CMA smoking rates, heavy drinking rates, obesity rates and high blood pressure rates, and positively correlated with the share of the population that is a post-secondary graduate, the average family household income in the CMA and the share of the population that were recent immigrants. Note that this is not to say that other factors are not important determinants of health, only that they were not found to be correlated with life expectancy measured at the CMA level in Canada.

Appendix A: Comparison of Canada and CMAs, selected characteristics

	Health outcomes		Lifestyle factors			Health conditions		Psycho-social factors		Health system
	Life expectancy	Good or better self-rated health	Smoker (age 12+)	Heavy drinker (age 12+)	Physical inactivity (age 12+)	Obesity (BMI>30.0) (age 20-64)	High blood pressure (age 12+)	Depression (age 12+)	Life stress (age 18+)	Unmet health needs (age 12+)
	(years)	%	%	%	%	%	%	%	%	%
CANADA	**79.4**	**88.0**	**24.0**	**15.4**	**49.1**	**14.9**	**12.6**	**7.1**	**26.4**	**12.5**
Vancouver	81.1 ↑	87.7	15.5 ↑	12.0 ↑	37.7 ↑	10.1 ↑	10.7 ↑	7.1	21.1 ↑	10.3 ↑
Toronto	81.0 ↑	88.3	19.2 ↑	10.8 ↑	53.3 ↓	12.1 ↑	12.6	6.5	23.0	10.0 ↑
Victoria	80.9 ↑	88.0	17.8 ↑	17.0	35.5 ↑	9.8 ↑	11.9	10.2	21.5	13.4
Calgary	80.0 ↑	90.4	22.5	14.5	42.8 ↑	14.7	9.9	8.9	23.3	15.1
Edmonton	79.8	88.1	25.7	16.1	41.8 ↑	14.4	12.2	9.5	24.2	12.5
Québec	79.8	91.6 ↑	25.9	16.7	50.5	10.4 ↑	12.0	5.1	33.0 ↓	7.6 ↑
Kitchener	79.7	87.6	25.1	17.0	57.3 ↓	17.4	12.9	7.4	23.9	15.1
Ottawa–Hull	79.5	88.0	23.3	14.4	47.0	14.7	11.7	7.2	23.4	14.4
Montréal	79.5	89.3	25.2	13.5	54.3 ↓	11.6 ↑	11.9	5.8	28.9 ↓	13.4
Hamilton	79.4	86.8	24.3	16.1	47.9	17.9	15.4 ↓	8.3	26.2	13.0
Oshawa	79.3	86.4	26.4	16.5	50.1	18.1	13.9	7.0	21.9	10.5
Saskatoon	79.1	87.9	24.3	17.8	45.9	19.1	9.9	9.6	26.0	12.9
Sherbrooke	79.1	89.2	26.4	16.4	60.2 ↓	10.0	13.8	6.5	27.8	12.9
Halifax	79.1	87.9	25.6	19.9	50.5	17.3	13.7	8.4	19.7	14.1
London	78.8	90.0	20.7	15.9	51.4	16.7	13.4	6.7	27.2	12.7
Windsor	78.6	84.6	24.0	16.8	49.9	19.3	14.5	7.4	23.5	18.7 ↓
Trois-Rivières	78.6	90.4	30.4	16.6	55.8	13.4	11.8	6.4	25.0	10.0
St. Catharines–Niagara	78.5 ↓	88.2	24.4	16.7	49.1	17.2	13.0	8.3	24.9	15.2
Saint John	78.3 ↓	87.3	21.7	15.1	48.6	16.4	16.3	8.9	22.4	16.4
Winnipeg	78.1 ↓	88.1	23.1	16.8	47.6	16.2	13.2	7.6	24.1	12.8
Regina	78.0 ↓	87.4	27.0	19.6	49.2	17.9	11.5	7.2	24.0	11.5
Chicoutimi–Jonquière	77.7 ↓	90.6	29.2	20.9	60.0 ↓	10.7	13.8	6.5	23.2	12.6
St. John's	77.4 ↓	87.7	26.7	22.5 ↓	57.3 ↓	16.4	14.9	4.9	16.4 ↑	12.4
Thunder Bay	77.3 ↓	84.2	25.5	21.1 ↓	39.8 ↑	19.8	12.5	7.2	24.5	17.1
Greater Sudbury	76.7 ↓	83.2	31.1	22.8 ↓	49.1	17.9	16.2	8.5	21.4	15.1

Sources: Statistics Canada, Vital Statistics (2000) (special tabulations) and Canadian Community Health Survey (2000/01).
Note: The ordering of CMAs is based on life expectancy, from highest to lowest. All estimates based on CCHS data have been age-standardized.
↑ Indicates that the estimate is significantly better than the Canadian estimate.
↓ Indicates that the estimate is significantly worse than the Canadian estimate.

Appendix B

Relationship of health-related factors

How might we account for the differences in health outcomes between CMAs within Canada? Do these differences reflect underlying socio-economic differences or differences in the provision of health care in these regions?

The World Health Organization (WHO), as part of its *Healthy Cities Project*, has recommended that the health of cities be examined in a framework that consists of, among other things, an examination of demography, health status, socio-economic conditions, inequality and public health policies and services (see Figure B1).[21] Social and economic circumstances have been widely recognized in research as key elements to the health of a population.[2,22,23,24] These and other studies also recognize that certain health risk behaviours and even some health system characteristics may play a role in a communities' level of health.

Building on studies that examine the impacts of these health-related factors on health outcomes (both at a national and sub-national level), this study examines how Canadian CMAs differ in these various factors. The factors are as follows:

Socio-economic characteristics include proportion of population aged 25-54 with post-secondary graduation, unemployment rate for the population aged 15 and over, average family income and median share of income.

Socio-demographic characteristics include proportion of immigrants, proportion of Aboriginals.

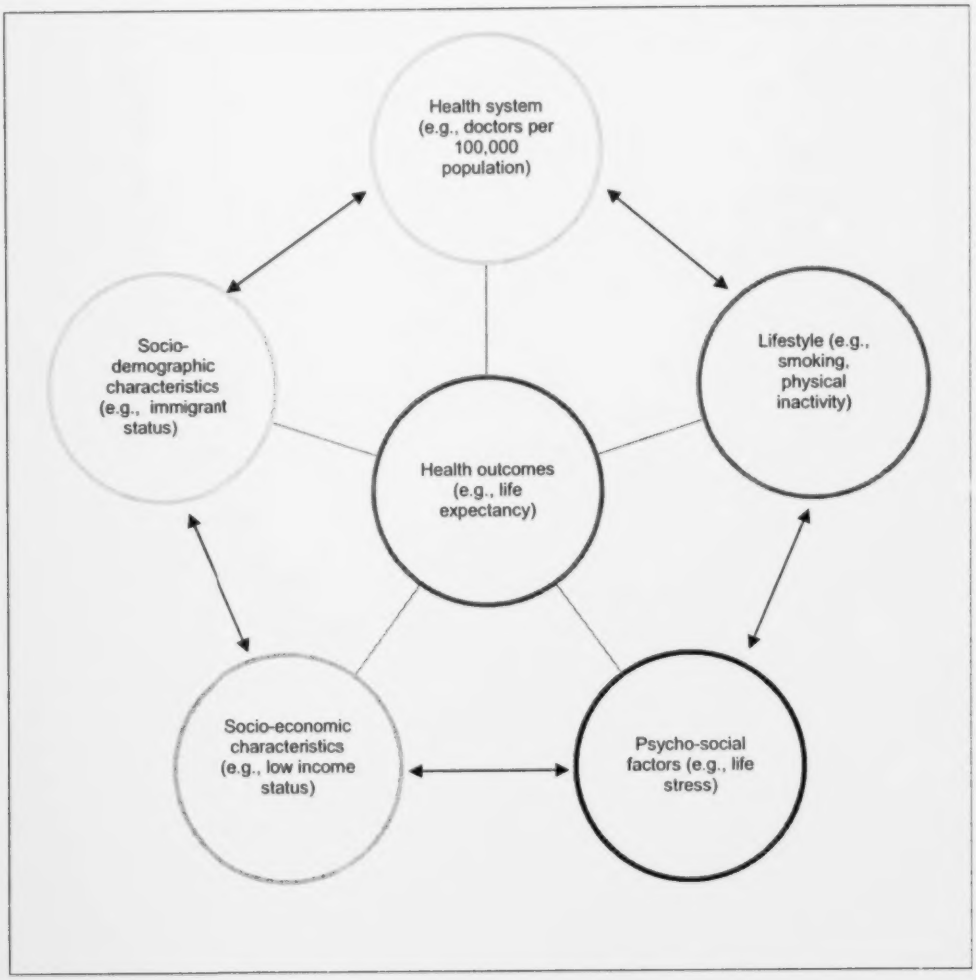
Lifestyle and health conditions include current smokers, heavy drinking, having been diagnosed with high blood pressure, physical inactivity during leisure time and the proportion of the population aged 20-64 with a Body Mass Index (BMI) of 30 or more (i.e., WHO's classification of obese) .

Psycho-social factors include depression and high life stress among the population aged 18 and over.

Health system characteristics include self-perceived unmet health care needs, general practitioners/family practitioners per 100,000 population, and medical specialists per 100,000 population.

21. World Health Organization. Regional Office for Europe. *City Health Profiles – how to report on health in your city.* Document Number ICP/HSIT/94/01 PB 02. Unpublished report available on-line at www.who.dk/document/wa38094ci.pdf Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
22. Wilkinson, Richard and Michael Marmot (eds.). 2003. *Social Determinants of Health: The Solid Facts.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
23. Wunch, G., J. Duchenne, E. Thiltges and M. Sahli. 1996. "Socioeconomic differences in mortality: a life course approach." *European Journal of Population,* 12(2): 167-185.
24. Van Oers, J.A. and N.F. Reelick. 1992. "Quantitative indicators for a healthy city." *International Journal of Epidemiology and Community Health,* 46: 293-296.

Figure B1: A simple health of cities framework


Health system (e.g., doctors per 100,000 population)
Socio-demographic characteristics (e.g., immigrant status)
Lifestyle (e.g., smoking, physical inactivity)
Health outcomes (e.g., life expectancy)
Socio-economic characteristics (e.g., low income status)
Psycho-social factors (e.g., life stress)

Appendix C

Definitions

Life expectancy (2001): The number of years a person would be expected to live, starting from birth, on the basis of the mortality statistics for a given observation period (Vital Statistics, special tabulations).

Good or better self-rated health (2000/01): Population aged 12 and over who rate their own health status as good, very good or excellent. In this paper, the term "good self-rated health" is interchangeable with the term "good or better self-rated health". (Canadian Community Health Survey – CCHS).

Smoking (2000/01): Proportion of the population aged 12 and over who reported being a smoker on either a daily or occasional basis (CCHS).

Heavy drinking (2000/01): Proportion of the population aged 12 and over who are current drinkers and who reported drinking 5 or more drinks on at least one occasion in each of the past 12 months (CCHS).

Physical inactivity (2000/01): Proportion of the population aged 12 and over reporting an inactive level of physical activity, based on their responses to questions about their frequency, duration and intensity of their participation in leisure-time physical activity (CCHS).

Obesity (2000/01): Body mass index (BMI) of 30.0 or higher, as calculated by self-reported weight in kilograms divided by self-reported height in metres squared. Among those aged 20 to 64. (CCHS).

High blood pressure (2000/01): Population aged 12 and over who report that they have been diagnosed by a health professional as having high blood pressure (CCHS).

Life stress (2000/01): Proportion of the population aged 18 and over who reported their level of life stress as "quite a bit" (CCHS).

Depression (2000/01): Population aged 12 and over who show symptoms of depression, based on their responses to a set of questions that establishes the probability of suffering a "major depressive episode" during the previous 12 months (CCHS).

Self-perceived unmet health care needs (2000/01): Proportion of the population aged 12 and over who felt that they had an unmet health care need within the previous 12 months (CCHS).

Doctors and medical specialists (2001): The number of family practitioners and general practitioners or medical specialists working within a given geographic area, per 100,000 population. The data do not differentiate between full-time and part-time status or between research doctors and practicing doctors (Southam Medical Database).

Post-secondary graduates (2001): Proportion of the population aged 25 to 54 who have obtained a post-secondary certificate, diploma or degree (Census).

Unemployment rate (2001): The population aged 15 and over who did not have a job during the reference period as a proportion of the labour force. The labour force consists of people who are currently employed and people who are unemployed but were available for work in the reference period and had looked for work in the past four weeks (Labour Force Survey).

Average family household income (2001; 2000 data): The average income (pre-tax, post-transfer) of a census family household for persons aged 15 and over who reported income (Census).

Median share of income (2001; 2000 data): The proportion of income (from all sources, pre-tax, post-transfer) held by households whose incomes fall below the median household income. A proportion of 50% would represent no inequality (Census, special tabulations).

Immigrants (2001): Proportion of the population born outside of Canada who were not Canadian citizens at the time of birth (Census).

Aboriginals (2001): The population identifying with at least one Aboriginal group and/or those who reported being a Treaty Indian or a Registered Indian as defined by the Indian Act and/or those who were members of an Indian Band or First Nation as a proportion of the total population (Census).

Note on survey data: All data that come from the Canadian Community Health Survey (CCHS 2000/01)—which include smoking, heavy drinking, self-rated health, physical activity, obesity, high blood pressure, depression and life stress—are presented here after having been age-adjusted. That is to say, all differences in age distribution between CMAs have been adjusted as if all CMAs had the same age distribution as the whole Canadian population. Calculations were done for both unadjusted and age-education adjusted data, but there were very few differences in the results compared with the age-adjusted rates. As a result, the unadjusted and age-education adjusted data are not presented here.

Also, the geography used in the CCHS is based on 1996 Census geography. As such, there are only 25 CMAs used in this analysis, even though beginning in 2001 there are 27 CMAs (Kingston, Ontario and Abbotsford, B.C. are the others).

The Census data are based on 2001 geography, and therefore there may be slight differences in the 1996 geographic boundaries of these CMAs and their respective 2001 geographic boundaries.

N° 89-613-MIF au catalogue — N° 002
ISSN: 1710-2952
ISBN: 0-662-77300-4

Document analytique

Tendances et conditions dans les régions métropolitaines de recensement

La santé des Canadiens vivant dans les régions métropolitaines de recensement

par Jason Gilmore

Division de la statistique de la santé
SC 2600, Immeuble Principal, Ottawa K1A 0T6

Téléphone: 1 800 263-1136

Toutes les opinions émises par l'auteur de ce document ne reflètent pas nécessairement celles de Statistique Canada.

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Toute demande de renseignements au sujet du présent produit ou au sujet de statistiques ou de services connexes doit être adressée à la Division de la statistique de la santé (téléphone : 613-951-1746).

Pour obtenir des renseignements sur l'ensemble des données de Statistique Canada qui sont disponibles, veuillez composer l'un des numéros sans frais suivants. Vous pouvez également communiquer avec nous par courriel ou visiter notre site Web.

Service national de renseignements	**1 800 263-1136**
Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants	**1 800 363-7629**
Renseignements concernant le Programme des bibliothèques de dépôt	**1 800 700-1033**
Télécopieur pour le Progamme des bibliothèques de dépôt	**1 800 889-9734**
Renseignements par courriel	**infostats@statcan.ca**
Site Web	**www.statcan.ca**

Renseignements sur les commandes et les abonnements

Ce produit est disponible sous forme électronique dans le site Internet de Statistique Canada, gratuitement, sous le nº 89-613-MIF au catalogue. Pour obtenir un exemplaire, visitez notre site Web à **www.statcan.ca** et choisissez la rubrique Produits et services.

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois, et ce, dans la langue officielle de leur choix. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle qui doivent être observées par les employés lorsqu'ils offrent des services à la clientèle. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1 800 263-1136.

Tendances et conditions dans les régions métropolitaines de recensement

Cette série de rapports fournit les informations générales sur les tendances et conditions à propos d'une variété de sujet dans les régions métropolitaines de recensement (RMR) du Canada. Les sujets abordés comprennent la démographie, le logement, l'immigration, les autochtones, le faible revenu, les conditions économiques, la santé, le lieu de travail et le mode de déplacement journalier ainsi que la culture. La plupart des rapports couvrent la période 1981 à 2001.

L'objectif visé est de produire des mesures statistiques de la situation et des tendances qui prévalent dans nos grandes villes et dans les quartiers qui les composent. Ces mesures seront disponibles pour la planification urbaine et les évaluations stratégiques des éléments nécessaires à la création d'une ville en santé.

Statistique Canada a mené ce projet en collaboration avec le Secrétariat des villes du Bureau du Conseil privé et avec l'appui financier de 14 autres ministères.

Ce projet a été mené sous la direction de Doug Norris et Garnett Picot à Statistique Canada.

Statistique Canada
Division de la statistique de la santé

Tendances et conditions dans les régions métropolitaines de recensement

La santé des Canadiens vivant dans les régions métropolitaines de recensement

Jason Gilmore

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2004

Tous droits réservés. Il est interdit de reproduire ou de transmettre le contenu de la présente publication, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, enregistrement sur support magnétique, reproduction électronique, mécanique, photographique, ou autre, ou de l'emmagasiner dans un système de recouvrement, sans l'autorisation écrite préalable des Services de concession des droits de licence, Division du marketing, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, Canada, K1A 0T6.

Juillet 2004

N° 89-613-MIF au catalogue, n° 002
Périodicité : occasionnel

ISSN 1710-2952
ISBN 0-662-77300-4
Ottawa

This publication is also available in English (Catalogue No. 89-613-MIE, No. 002).

Le nom des auteurs est inscrit selon l'ordre alphabétique.

Toutes les opinions émises par les auteurs de ce document ne reflètent pas nécessairement celles de Statistique Canada.

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population, les entreprises, les administrations canadiennes et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques précises et actuelles.

Table des matières

Sommaire 4

Chapitre 1 – Introduction 6

Chapitre 2 – Résultats en matière de santé : variation entre les pays et les RMR 7

Espérance de vie 7

Autoévaluation de la santé comme étant au moins bonne 7

Chapitre 3 – Différences entre les RMR sur le plan des facteurs liés au mode de vie et des problèmes de santé 10

Usage du tabac 10

Consommation abusive d'alcool 10

Inactivité physique 10

Obésité 11

Hypertension 11

Chapitre 4 – Différences entre les RMR sur le plan des facteurs psychosociaux 15

Dépression 15

Stress dans la vie quotidienne 15

Chapitre 5 – Différences entre les RMR sur le plan des facteurs liés au système de santé 17

Besoins non satisfaits autodéclarés de soins de santé 17

Nombre d'omnipraticiens / médecins de famille pour 100 000 habitants 17

Nombre de médecins spécialistes pour 100 000 habitants 17

Chapitre 6 – Tendances régionales en matière de santé dans les RMR 20

RMR de la région de l'Atlantique 20

RMR au Québec 20

RMR en Ontario 20

Manitoba et Saskatchewan dans la région des Prairies 21

RMR en Alberta 21

RMR en Colombie-Britannique 21

Chapitre 7 – Différences entre RMR sur les plans socioéconomique et sociodémographique 22

Études postsecondaires 22

Taux de chômage 22

Revenu 22

Population des immigrants 23

Population autochtone 23

Chapitre 8 – Comprendre les différences entre RMR sur le plan des résultats en matière de santé 25

Chapitre 9 – Conclusion 31

Annexe A : comparaison du Canada et des RMR, certaines caractéristiques 32

Annexe B : incidence des facteurs liés à la santé 33

Annexe C : définitions 35

Sommaire

Le présent rapport est le deuxième d'une série comprenant des mesures statistiques qui visent à apporter des éclaircissements sur les questions d'importance pour les principaux centres urbains au Canada. Statistique Canada a mené ce projet de concert avec le Secrétariat des villes du Bureau du conseil.

L'objectif visé est la production de mesures statistiques des conditions et des tendances qui prévalent dans nos grandes villes et dans les quartiers qui les composent. Ces mesures seront disponibles aux fins de planification urbaine et d'évaluation stratégique des éléments nécessaires à la création d'une ville en santé.

Le présent rapport dresse le portrait de la santé dans les régions métropolitaines de recensement (RMR) au Canada principalement à l'aide des données pour 2000-2001 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Cette enquête fournit une foule de données sur l'état de santé des Canadiens, leur utilisation des services de santé et les facteurs de risque. Nous utilisons également, d'autres données sur la santé et les soins de santé.

Espérance de vie et autoévaluation de la santé

Les Canadiens vivent plus longtemps et, de façon générale, jouissent d'une meilleure santé que les habitants de bon nombre d'autres pays industrialisés. Le Canada s'est classé au cinquième rang sur une liste de 22 pays de l'OCDE et l'espérance de vie y était de 79,4 ans en 2000. Cette espérance de vie était de 2,6 ans supérieure à celle des États-Unis mais de 1,8 an inférieure à celle du pays en tête du peloton, le Japon.

Néanmoins, on observe des différences importantes sur le plan de l'espérance de vie entre les grandes régions métropolitaines au Canada. Parmi les 25 RMR examinées aux fins de la présente étude, l'espérance de vie était la plus élevée à Vancouver (81,1 ans) et la plus faible au Grand Sudbury (76,7 ans). Cette fourchette est presque aussi large que celle observée parmi les pays membres de l'OCDE.

Les RMR diffèrent également de façon importante sur le plan de l'autoévaluation de la santé. Plusieurs RMR dans le Sud et le Nord de l'Ontario avaient une faible proportion d'habitants qui évaluent leur santé comme étant bonne. Par contre, toutes les RMR au Québec ont affiché des taux d'autoévaluation de la santé égaux ou supérieurs à la moyenne pour le Canada.

Comportements influant sur la santé

Parmi les RMR, Vancouver avait le taux d'usage du tabac le plus faible, moins d'une personne de 12 ans et plus sur six étant un fumeur. Victoria et Toronto ont enregistré des taux d'usage du tabac sensiblement inférieurs à la moyenne pour le Canada. Les taux d'usage du tabac les plus élevés ont été observés au Grand Sudbury et à Trois-Rivières, où les fumeurs représentaient plus de 30 % de la population de 12 ans et plus.

Vancouver et Toronto ont également affiché les taux les plus faibles de prévalence de la consommation abusive d'alcool. On observe que pas moins de 12 % de la population dans ces RMR a déclaré faire une consommation abusive d'alcool, comparativement à environ 15 % dans l'ensemble du Canada et aux taux supérieurs à 20 % enregistrés à Chicoutimi–Jonquière, Thunder Bay, St. John's et le Grand Sudbury.

De toutes les RMR, Vancouver et Victoria ont affiché les taux les plus faibles d'inactivité physique durant les loisirs, moins de 40 % des personnes de 12 ans et plus déclarant être inactives durant leurs loisirs comparativement à environ 50 % pour le Canada dans son ensemble.

Problèmes de santé

Les RMR de Victoria, Vancouver, Québec, Montréal et Toronto ont toutes affiché un taux d'obésité sensiblement inférieur au taux moyen pour le Canada. En moyenne, 15 % des Canadiens de 20 ans à 64 ans étaient considérés comme obèses (d'après leur indice de masse corporelle) tandis que Vancouver et Victoria ont affiché des taux inférieurs dont le plus faible était de 10 %.

En outre, le taux d'hypertension variait considérablement d'une RMR à l'autre. Vancouver était au nombre des RMR affichant un taux faible (10,7 %) tandis que Hamilton était au nombre de celles affichant un taux élevé (15,4 %).

Facteurs psychosociaux

Québec (33 %) et Montréal (28,9 %) ont affiché des taux de stress dans la vie quotidienne plus élevés que la moyenne (26,4 %) pour le Canada. Les taux de dépression variaient quelque peu d'une RMR à l'autre mais n'étaient pas statistiquement différents de la moyenne pour le Canada.

Facteurs liés au système de santé

Le pourcentage d'habitants ayant des besoins non satisfaits autodéclarés de soins de santé variait d'une RMR à l'autre, Windsor affichant le taux plus élevé, soit de 18,7 %. Vancouver, Toronto et Québec ont affiché des taux de besoins de soins de santé perçus comme non satisfaits sensiblement inférieurs à la moyenne pour le Canada.

On observe également d'importantes différences entre le nombre d'omnipraticiens et de médecins de famille parmi les RMR. St. Catharines–Niagara, Windsor et Oshawa ont affiché les plus faibles taux d'omnipraticiens / médecins de famille pour 100 000 habitants (60 à 61), tandis que Victoria (148) et Sherbrooke (161) avaient les taux d'omnipraticiens / médecins de famille les plus élevés parmi toutes les RMR.

Comprendre les différences entre RMR sur le plan des résultats en matière de santé

Les différences entre les RMR sur le plan des résultats en matière de santé tiennent aux différences sur les plans de la santé et des soins de santé exposée ci-dessus ainsi qu'à la composition socioéconomique et sociodémographique de la RMR. Les données montrent que l'espérance de vie dans la RMR est corrélée négativement aux taux d'usage du tabac, de consommation excessive d'alcool, d'obésité et d'hypertension, et corrélée positivement à la part de la population qui est titulaire d'un diplôme d'études postsecondaires, au revenu moyen du ménage familial et à la part de la population de la RMR composée de nouveaux immigrants. Cela ne veut pas dire que d'autres facteurs ne sont pas importants, mais seulement que nous n'avons pas observé de corrélation entre eux et l'espérance de vie mesurée au niveau de la RMR au Canada.

Chapitre 1

Introduction

Les résultats en matière de santé font souvent ressortir des différences spatiales très frappantes d'un pays à l'autre et dans un même pays, même dans ceux dotés d'un système de soins de santé bien développé. Souvent, ces différents résultats agrégés en matière de santé reflètent les conditions de vie de l'endroit. Le présent rapport vise à donner un aperçu des comportements influant sur la santé qui sont liés au style de vie, des problèmes de santé, des résultats en matière de santé et des préoccupations liées au système de soins de santé offerts aux habitants des régions métropolitaines au Canada.

Le rapport est fondé principalement sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), dans le cadre de laquelle on a recueilli des renseignements sur 25 régions métropolitaines de recensement (RMR) pour 2000-2001[1]. Cette enquête fournit une foule de données sur l'état de santé des Canadiens, leur utilisation des soins de santé et les facteurs de risque. Nous utilisons également d'autres données sur la santé et les soins de santé.

Nous examinons les indicateurs de la santé au niveau de la région métropolitaine de recensement (RMR). Une RMR est formée d'une ou de plusieurs municipalités adjacentes situées autour d'une grande région urbaine (appelée noyau urbain). Un noyau urbain doit compter au moins 100 000 habitants pour former une région métropolitaine de recensement. Pour être incluses dans la RMR, les autres municipalités adjacentes doivent avoir un degré d'intégration élevé avec la région urbaine centrale, lequel est déterminé par le pourcentage de navetteurs établis d'après les données du recensement sur le lieu de travail. Plus de 60 % de tous les Canadiens habitent dans l'une des 25 RMR examinées dans le présent rapport.

En examinant la santé des habitants des RMR, nous brossons le tableau d'un aspect important du bien-être de la majorité des Canadiens. Nous examinons dans le présent document la santé des Canadiens en utilisant un cadre simple dans lequel les résultats en matière de santé, comme l'espérance de vie, sont liés à des comportements influant sur la santé comme l'usage du tabac, à des caractéristiques de l'état de santé comme le stress, à la disponibilité et à l'utilisation de soins de santé comme le nombre de médecins dans la population, à des caractéristiques individuelles comme le statut d'immigrant et à d'autres indicateurs du bien-être, y compris le revenu et le niveau de scolarité (Annexe B : incidence des facteurs liés à la santé). Dans le présent rapport, nous examinons les différences entre ces mesures dans le contexte des 25 RMR au Canada.

1. Comme la géographie utilisée aux fins de l'ESCC est fondée sur celle du Recensement de 1996, les nouvelles données du recensement de géographie de 2001, n'incluent pas les RMR de Kingston et d'Abbotsford dans cette étude.

Chapitre 2

Résultats en matière de santé : variation entre les pays et les RMR

Espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance est considérée comme un indicateur important de la santé de la population et l'espérance de vie des Canadiens est l'une des plus élevées au monde. En 2000, le Canada s'est classé avec l'Italie au sixième rang parmi 22 pays industrialisés membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), affichant un taux d'espérance de vie à la naissance de 79,4 ans (tableau 1). Ce taux était de 1,8 an inférieur à celui du Japon, qui s'est classé au premier rang, mais d'au moins 2,5 ans supérieur à celui de pays tels que les États-Unis, l'Irlande et le Danemark.

Les différences sur le plan de la santé entre pays souvent masquent une variation considérable des résultats en matière de santé dans les pays. Au Canada, l'espérance de vie en 2000 allait de 76,7 ans dans le Grand Sudbury à 81,1 ans à Toronto. Cet écart est presque le même que celui observé entre le Japon et l'Irlande.

Autoévaluation de la santé comme étant au moins bonne

L'autoévaluation de la santé est considérée comme étant une mesure fiable et valide de la santé dans un pays et un bon prédicteur de résultats tel que la mortalité[2,3,4]. À l'échelle internationale, le Canada a la proportion d'habitants la plus élevée qui évaluent leur santé comme étant au moins bonne parmi 18 pays membres de l'OCDE qui utilisent des définitions similaires de l'autoévaluation de la santé (voir le tableau 2). Toutefois, il faut user de circonspection en comparant l'autoévaluation de la santé à travers les autres pays, car la méthode de cueillette et les tendances culturelles peuvent influer sur les résultats. Par exemple, les réponses des Japonais aux questions d'autoévaluation de la santé sont biaisées vers une « tendance centrale », les Japonais jugeant leur santé excellente ou très mauvaise beaucoup moins souvent que bonne ou passable.[5]

Comme dans le cas de l'espérance de vie, nous constatons une variation de l'autoévaluation de la santé comme étant bonne d'une RMR à l'autre au Canada (tableau 2). (Comme dans le cas des autres indicateurs tirés de l'ESCC, les données sur l'autoévaluation de la santé comme étant bonne sont présentées après correction pour tenir compte des différences d'âge entre les RMR. (Annexe C : Définitions.) Le Grand Sudbury (83,2 %), Thunder Bay (84,2 %) et Windsor (84,6 %) sont au nombre des RMR qui affichent les proportions les plus faibles d'habitants qui évaluent leur santé comme étant bonne. En fait, plusieurs RMR dans le Sud et le Nord de l'Ontario ont une plus faible proportion d'habitants qui évaluent leur santé comme étant bonne. Inversement, Québec (91,6 %) et Chicoutimi–Jonquière (90,6 %) sont au nombre des RMR qui affichent les proportions les plus élevées d'habitants qui évaluent leur santé comme étant bonne. Toutes les RMR au Québec ont des taux d'autoévaluation de la santé comme étant bonne qui correspondent ou sont supérieurs à la moyenne pour le Canada.

2. Idler, E.L., Breyamini, Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior* 1997; 38(1): p. 21 à 37.
3. Kaplan, G.A., Goldberg, D.E., Everson, S.A. et al. Perceived health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio Ischaemic Heart Disease Risk Study. *International Journal of Epidemiology* 1996; 25(2): p. 259 à 265.
4. Brazier, J.E., Harper, R., Jones, N.M.B. et al. Validating the SF-36 Health Survey Questionnaire: new outcome measure for primary care. *British Medical Journal* 1992; 305: p. 160 à 164.
5. OCDE. *Panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE 2003* (2003).

Tableau 1 : Espérance de vie à la naissance, pays de l'OCDE et RMR au Canada, en ordre descendant, 2000

Certains pays de l'OCDE	2000	RMR	2000	Intervalle de confiance de 95%
Japon	81,2	Vancouver	81,1	80,9 - 81,3
Suisse	79,8	Toronto	81,0	80,8 - 81,1
Islande	79,7	Victoria	80,9	80,4 - 81,3
Suède	79,7	Calgary	80,0	79,6 - 80,3
Canada	**79,4**	Edmonton	79,8	79,5 - 80,1
Italie	79,4	Québec	79,8	79,4 - 80,1
Australie	79,3	Kitchener	79,7	79,2 - 80,1
Espagne	79,1	Ottawa–Hull	79,5	79,2 - 79,8
France	79,0	Montréal	79,5	79,3 - 79,6
Norvège	78,7	Hamilton	79,4	79,0 - 79,7
Autriche	78,3	Oshawa	79,3	78,8 - 79,8
Nouvelle Zélande	78,3	Saskatoon	79,1	78,5 - 79,7
Luxembourg	78,1	Sherbrooke	79,1	78,3 - 79,8
Pays-Bas	78,0	Halifax	79,1	78,6 - 79,5
Royaume-Uni	77,8	London	78,8	78,3 - 79,2
Belgique	77,7	Windsor	78,6	78,1 - 79,1
Finlande	77,6	Trois-Rivières	78,6	77,8 - 79,3
Danemark	76,9	St. Catharines–Niagara	78,5	78,1 - 79,0
États-Unis	76,8	Saint John	78,3	77,6 - 79,1
Irelande	76,7	Winnipeg	78,1	77,8 - 78,5
Portugal	76,2	Regina	78,0	77,3 - 78,6
République tchèque	75,1	Chicoutimi–Jonquière	77,7	76,9 - 78,4
		St. John's	77,4	76,7 - 78,1
		Thunder Bay	77,3	76,5 - 78,1
		Grand Sudbury	76,7	76,0 - 77,4

Sources: OCDE, Données sur la santé 2003, édition de juin, Statistique Canada, Division de la statistique de la santé (totalisations spéciales).

Tableau 2 : Autoévaluation de la santé comme étant au moins bonne, certains pays de l'OCDE et RMR au Canada, en ordre ascendant, 2000-2001

Certains pays de l'OCDE ayant des définitions similaires	2001 (%)	RMR	Corrigé pour l'âge (%)	Intervalle de confiance de 95% (%)
États-Unis	88,9	**CANADA**	**88,0**	87,7 - 88,2
Canada	**88,0**	Québec	91,6	90,1 - 93,2
Islande	84,6**	Chicoutimi–Jonquière	90,6	88,6 - 92,7
Australie	81,9	Calgary	90,4	88,8 - 91,9
Pays-Bas	77,9	Trois-Rivières	90,4	87,8 - 92,9
Danemark	77,9	London	90,0	88,5 - 91,6
Belgique	77,2	Montréal	89,3	88,3 - 90,3
Royaume-Uni	74,3	Sherbrooke	89,2	86,9 - 91,5
Suède	73,5	Toronto	88,3	87,3 - 89,2
Espagne	69,8	St. Catharines–Niagara	88,2	85,9 - 90,6
Finlande	67,1	Edmonton	88,1	86,6 - 89,7
Mexique	65,2	Winnipeg	88,1	86,7 - 89,5
République tchèque	62,2**	Victoria	88,0	85,8 - 90,3
Italie	60,6	Ottawa–Hull	88,0	86,5 - 89,4
Pologne	46,8	Saskatoon	87,9	85,5 - 90,3
Hongrie	43,2*	Halifax	87,9	86,0 - 89,9
Japon	40,6	Vancouver	87,7	86,8 - 88,6
Corée	36,6	St. John's	87,7	85,4 - 89,9
		Kitchener	87,6	85,7 - 89,5
		Regina	87,4	84,8 - 90,0
		Saint John	87,3	84,3 - 90,4
		Hamilton	86,8	85,2 - 88,5
		Oshawa	86,4	84,4 - 88,4
		Windsor	84,6	82,0 - 87,2
		Thunder Bay	84,2	81,5 - 87,0
		Grand Sudbury	83,2	80,4 - 85,9

Note : * Données de 2000, ** données de 2002.

Note : Les tendances culturelles via l'auto déclaration de santé peuvent représenter quelques différences entre les pays. Se servir de la comparaison des données de l'OCDE avec prudence.

Source: Données sur la santé de l'OCDE, 2003

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001.

Chapitre 3

Différences entre RMR sur le plan des facteurs liés au mode de vie et des problèmes de santé

Certains comportements liés au mode de vie peuvent avoir des répercussions importantes sur la santé et le bien-être. On considère de façon générale que le fait pour une personne de modifier son comportement, soit de son propre chef soit en raison de lois ou de politiques publiques qui limitent ou empêchent les comportements en question, a pour effet d'améliorer les résultats en matière de santé associés aux choix de mode de vie qui comportent des risques. Le comportement de la personne peut également influer sur des problèmes de santé comme l'obésité et l'hypertension. L'usage du tabac est l'un des comportements les mieux documentés qui sont fortement associés aux résultats en matière de santé. Outre l'usage du tabac, l'Organisation mondiale de la santé a identifié l'hypertension, l'obésité, la consommation abusive d'alcool et l'hypercholestérolémie comme facteurs de risque en ce qui a trait à l'espérance de vie dans les pays développés[6].

Usage du tabac

Comme il a été mentionné ci-dessus, le rôle important joué par l'usage du tabac dans les décès prématurés et les problèmes de santé a été bien documenté. En 2000-2001, les RMR de Vancouver (15,5 %), de Victoria (17,8 %) et de Toronto (19,2 %) ont affiché les taux d'usage du tabac les plus faibles de toutes les régions métropolitaines (figure 1). Les RMR plus petites du Grand Sudbury (31,1 %), de Trois-Rivières (30,4 %) et de Chicoutimi–Jonquière (29,2 %), par contre, ont affiché certains des taux d'usage du tabac les plus élevés de toutes les régions métropolitaines au Canada.

Consommation abusive d'alcool

Selon certaines études, les effets liés à la consommation modérée d'une certaine quantité d'alcool peuvent être positifs; selon d'autres études, toutefois, la consommation abusive d'alcool a un effet définitivement négatif. Nous observons des différences entre les RMR quant à la fréquence de la consommation abusive d'alcool (c.-à-d. la consommation de cinq ou six verres en une seule occasion au moins 12 fois sur une année). La proportion de personnes faisant régulièrement une consommation abusive d'alcool était la plus élevée dans le Grand Sudbury (22,8 %), à St. John's (22,5 %), à Thunder Bay (21,1 %) et à Chicoutimi–Jonquière (20,9 %) (figure 2). De façon générale, les RMR qui affichaient les proportions les plus élevées d'habitants faisant une consommation abusive d'alcool étaient situées dans des régions plus petites de l'Ontario et du Québec, dans l'Est du Canada et dans les Prairies. La prévalence de cette activité était la plus faible à Toronto (10,8 %), suivie de Vancouver (12,0 %) et de Montréal (13,5 %), les trois les RMR les plus grandes.

Inactivité physique

On considère que l'inactivité physique durant les loisirs a des effets négatifs à court et à long terme sur la santé et le bien-être. On observe d'importantes différences entre les RMR quant à la proportion de personnes de 12 ans et plus qui sont physiquement inactives. En 2000-2001, les RMR comprenant la plus

6. Organisation mondiale de la santé (2002). *Rapport sur la santé dans le monde, 2002 : Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Suisse : OMS.

faible proportion de personnes physiquement inactives étaient Victoria (35,5 %), Vancouver (37,7 %) et Thunder Bay (39,8 %) (figure 3). De façon générale, l'inactivité était la moins fréquente dans les RMR à l'ouest de l'Ontario ainsi que dans celles dans le Nord de l'Ontario. Les RMR comprenant la plus forte proportion de personnes physiquement inactives étaient Sherbrooke (60,2 %) et Chicoutimi–Jonquière (60,0 %).

Obésité

On considère de façon générale que l'obésité (c.-à-d. un indice de masse corporelle égal ou supérieur à 30,0 tel que classifié par l'OMS) est un problème lié au mode de vie qui, dans la plupart des cas, peut être réglé en consommant des aliments plus sains et en faisant plus d'exercice. Malgré cela, des études récentes menées au Canada montrent que l'obésité est un problème croissant au Canada et qu'il peut avoir d'importantes répercussions sur la santé ainsi que sur le système de soins de santé[7,8].

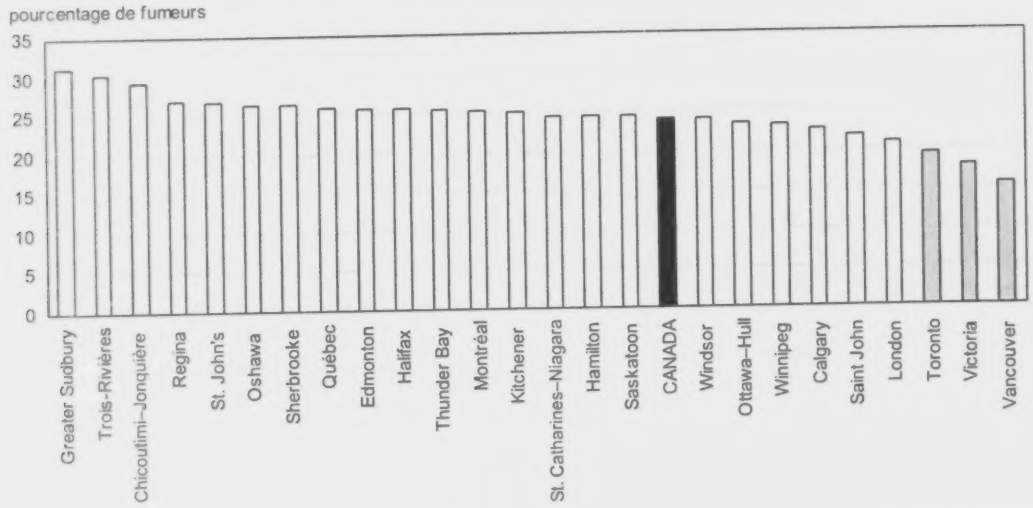
En 2000-2001, la proportion de personnes obèses de 20 à 64 ans était la plus élevée dans les RMR de Thunder Bay (19,8 %), Windsor (19,3 %) et Saskatoon (19,1 %) (figure 4). Parmi les RMR, les taux d'obésité les plus faibles ont été enregistrés à Victoria (9,8 %), à Sherbrooke (10,0 %), à Vancouver (10,1 %), à Québec (10,4 %) et à Chicoutimi–Jonquière (10,7 %) et ces taux étaient à peu près la moitié de ceux des RMR comprenant la plus forte proportion de personnes obèses.

Hypertension

Même si l'on n'observe pas de variations importantes de la proportion d'habitants, de 12 ans et plus chez lesquels un professionnel de la santé a posé le diagnostic d'hypertension, il convient de souligner certaines différences (figure 5). Par exemple, Saint John (16,3 %), le Grand Sudbury (16,2 %) et Hamilton (15,4 %) étaient au nombre des RMR qui ont affiché les taux d'hypertension les plus élevés tandis que Calgary (9,9 %), Saskatoon (9,9 %) et Vancouver (10,7 %) étaient au nombre de celles qui ont affiché les taux les plus faibles. Un grand nombre de RMR se situaient entre 11 % et 13 % pour ce qui est du diagnostic d'hypertension.

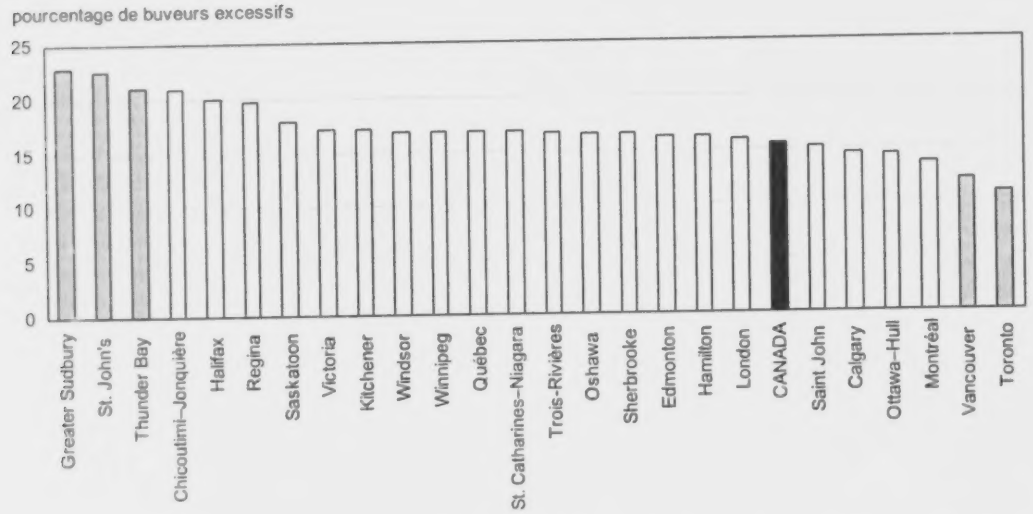
7. Gilmore, J. L'indice de masse corporelle et la santé. *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue), 1999; 11(1) : p. 31 à 43.
8. Birmingham, C.L., Muller, J.L., Palepu, A. et al. The cost of obesity in Canada. *Journal de l'Association médicale canadienne* 1999; 160 : p. 483 à 488.

Figure 1 : Personnes de 12 ans et plus qui fument, en ordre descendant, selon la RMR, 2000-2001



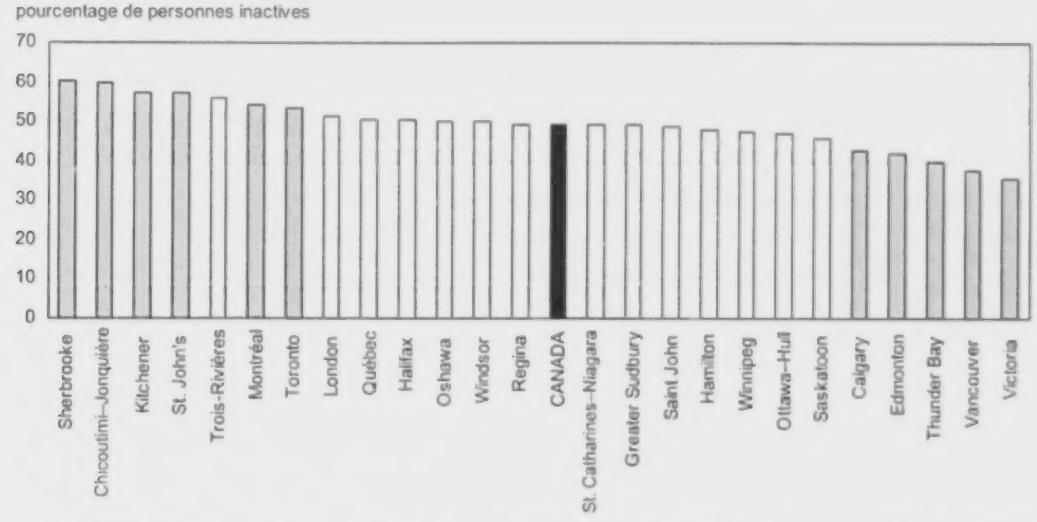
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2001). Le taux standardisé selon l'âge dans les barres ombrées indiquent des valeurs qui diffèrent de la moyenne pour le Canada au niveau de 5 %. Les données figurent à l'annexe A.

Figure 2 : Pourcentage de buveurs excessifs de 12 ans et plus, en ordre descendant, selon la RMR, 2000-2001



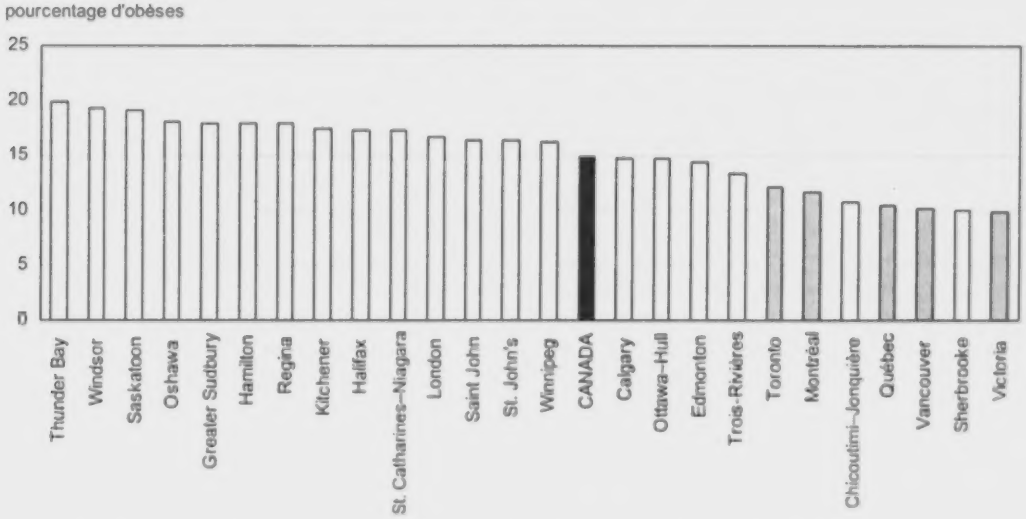
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (20002001). Le taux standardisé selon l'âge dans les barres ombrées indiquent des valeurs différentes de la moyenne pour le Canada au niveau de 5 %. Les données figurent à l'annexe A.

Figure 3 : Pourcentage de personnes de 12 ans et plus physiquement inactives, en ordre descendant, selon la RMR, 2000-2001



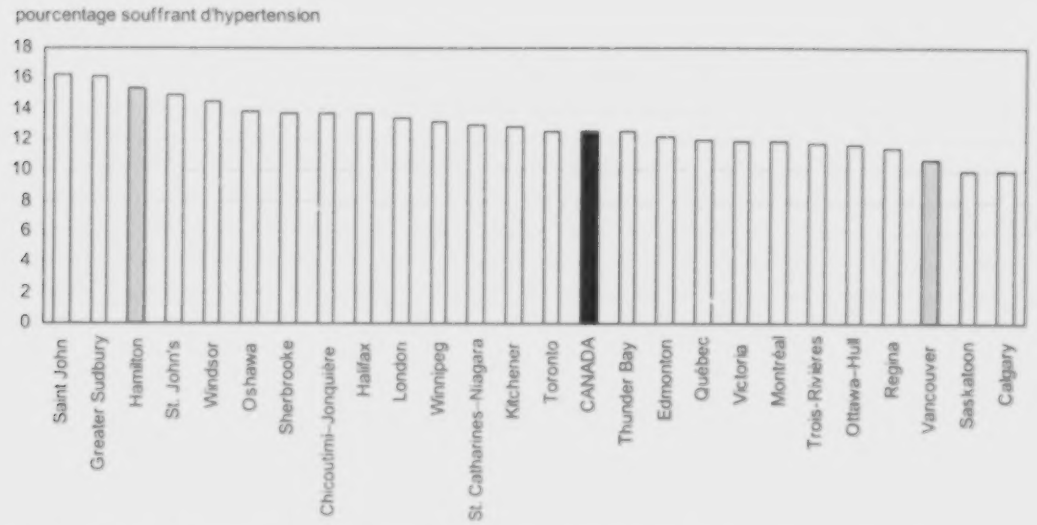
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2001). Les barres ombrées indiquent des valeurs différentes de la moyenne pour le Canada au niveau de 5%. Les données figurent à l'annexe A.

Figure 4 : Pourcentage de personnes obèses de 20 à 64 ans, en ordre descendant, selon la RMR, 2000-2001



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2001). Le taux standardisé selon l'âge dans les barres ombrées indiquent des valeurs différentes de la moyenne pour le Canada au niveau de 5 %. Les données figurant à l'annexe A.

Figure 5 : Pourcentage de personnes de 12 ans et plus souffrant d'hypertension, en ordre descendant, selon la RMR, 2000-2001



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (20002001). Le taux standardisé selon l'âge dans les barres ombrées indiquent des valeurs différentes de la moyenne pour le Canada au niveau de 5 %. Les données figurent à l'annexe A.

Chapitre 4

Différences entre RMR sur le plan des facteurs psychosociaux

D'après certaines études, il existerait une relation entre les facteurs psychosociaux et les résultats en matière de santé[9,10]. La dépression et le stress dans la vie quotidienne sont au nombre de ces facteurs qu'on peut examiner pour déterminer si cette relation existe dans leur cas.

Dépression

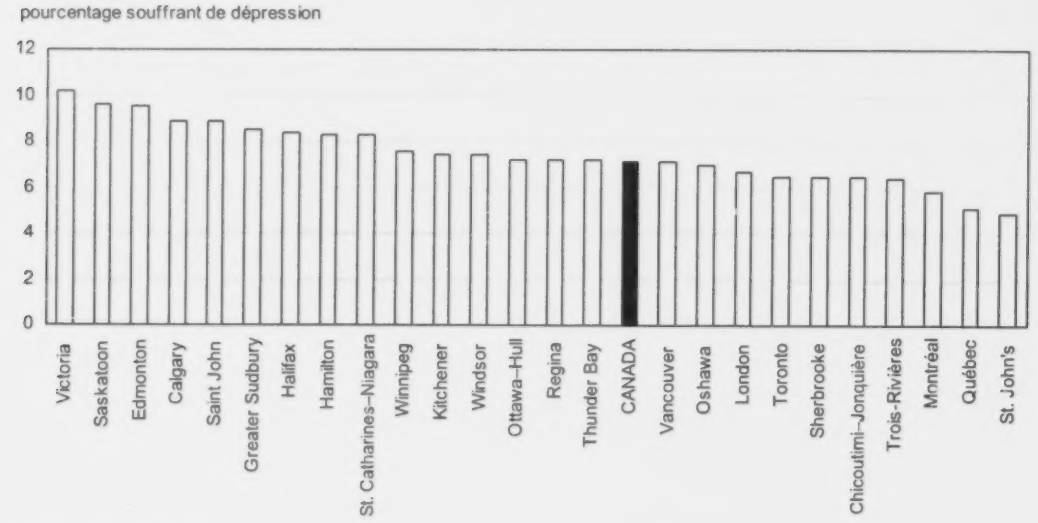
Nous n'observons que quelques différences entre RMR pour ce qui est de la prévalence de la dépression. Par exemple, St. John's a affiché un faible taux de prévalence de la dépression (4,9 %) et Victoria, un taux élevé (10,2 %) (figure 6). Toutefois, ni l'un ni l'autre de ces taux n'est significativement différent de la moyenne pour le Canada (7,1 %). La plupart des autres différences relevées entre les RMR n'étaient pas particulièrement significatives statistiquement.

Stress dans la vie quotidienne

En ce qui a trait à la prévalence du stress dans la vie quotidienne chez les habitants des RMR, nous observons des différences marquées entre les régions métropolitaines où le niveau de stress dans la vie quotidienne est le plus faible et celles où il est le plus élevé. En 2000-2001, juste au-dessus d'un habitant de St. John's sur six (16,4 %) a déclaré avoir beaucoup de stress dans la vie quotidienne, comparativement à près de trois habitants de Québec, sur huit (33,0 %) (figure 7). Les RMR de Halifax et de Vancouver ont également affiché de faibles taux de stress dans la vie quotidienne tandis que certaines autres RMR au Québec et dans le sud de l'Ontario ont affiché des taux élevés.

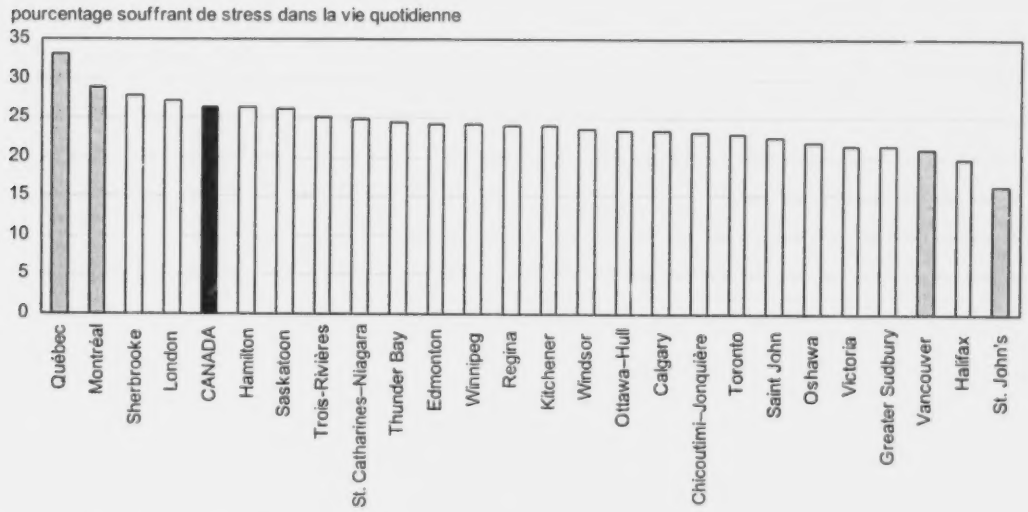
9. Shields, Margot et Shooshtari Shahin. Déterminants de l'autoévaluation de la santé. *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue) 2001; 13 (1) : p. 35 à 53.
10. Shields, Margot. Stress, santé et bienfaits du soutien social. *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue) 2004; 15 (1) : p. 9 à 38.

Figure 6 : Pourcentage de personnes de 12 ans et plus souffrant de dépression, en ordre descendant, selon la RMR, 2000-2001



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2001). Le taux standardisé selon l'âge dans les barres ombrées indiquent des valeurs différentes de la moyenne pour le Canada au niveau de 5 %. Les données figurent à l'annexe A.

Figure 7 : Pourcentage de personnes de 18 ans et plus souffrant de stress dans la vie quotidienne, en ordre descendant, selon la RMR, 2000-2001



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2001). Le taux standardisé selon l'âge dans les barres ombrées indiquent des valeurs différentes de la moyenne pour le Canada au niveau de 5 %. Les données figurent à l'annexe A

Chapitre 5

Différences entre RMR sur le plan des facteurs liés au système de santé

Dans certaines études récentes, les auteurs ont tâché de cerner les liens éventuels entre les caractéristiques du système de santé et la santé de la population[11,12]. Les trois variables du système de santé examinées ici sont les besoins non satisfaits autodéclarés de soins de santé, le nombre d'omnipraticiens / médecins de famille pour 100 000 habitants et le nombre de médecins spécialistes pour 100 000 habitants.

Besoins non satisfaits autodéclarés de soins de santé

Nous constatons une assez grande variation entre RMR en ce qui a trait à la perception de leurs habitants d'avoir eu un besoin de soins de santé non satisfait durant l'année écoulée (que ce soit à cause de leurs propres choix ou d'un problème perçu avec le système de soins de santé lui-même). Les habitants de Québec étaient les moins susceptibles de déclarer avoir eu un besoin de soins de santé non satisfait durant l'année écoulée (7,6 %), tandis que les habitants de Windsor (18,7 %) et de Thunder Bay (17,1 %) étaient parmi ceux les plus susceptibles de déclarer un besoin de soins de santé non satisfait (figure 8).

Nombre de médecins pour 100 000 habitants / nombre de médecins spécialistes pour 100 000 habitants

On considère en général que la présence de nombreux omnipraticiens et médecins de famille dans une région assure aux habitants un meilleur accès à ces services, ce qui leur permet de mieux éviter des résultats négatifs en matière de santé, d'obtenir un bon diagnostic ou de recevoir le traitement approprié pour une maladie existante. Le nombre d'omnipraticiens et médecins de famille pour 100 000 habitants varie fortement d'une RMR à l'autre; en 2001, St. Catharines–Niagara, Windsor et Oshawa avaient les taux les plus faibles d'omnipraticiens et médecins de famille pour 100 000 habitants (entre 60 et 61) tandis que Victoria (148) et Sherbrooke (161) avaient les taux les plus élevés parmi toutes les RMR (tableau 3).

Les tendances sont similaires en ce qui a trait au nombre de médecins spécialistes pour 100 000 habitants. Kitchener (56 pour 100 000 habitants) suivie de St. Catharines–Niagara (60) ont affiché les taux les plus faibles de médecins spécialistes de toutes les RMR. Sherbrooke (216 pour 100 000 habitants) a affiché le taux le plus élevé de médecins spécialistes, suivie de loin par London (191).

Quelques résultats et non tous se trouvant dans les RMR sont surtout influencés par la présence des écoles de médecine. Par exemple, Sherbrooke, Québec et London ont tous des écoles de médecine, et ce qui explique partiellement la présence proportionnelle élevée d'omnipraticiens / médecins de famille pour 1000 000 habitants et le nombre de médecins spécialistes pour 100 000 habitants travaillant dans ces régions. Toutefois, Victoria qui contient aussi une hausse proportion d'omnipraticiens / médecins de famille pour 1000 000 habitants et le nombre de médecins spécialistes pour 100 000 habitants n'a pas d'écoles de médecine.

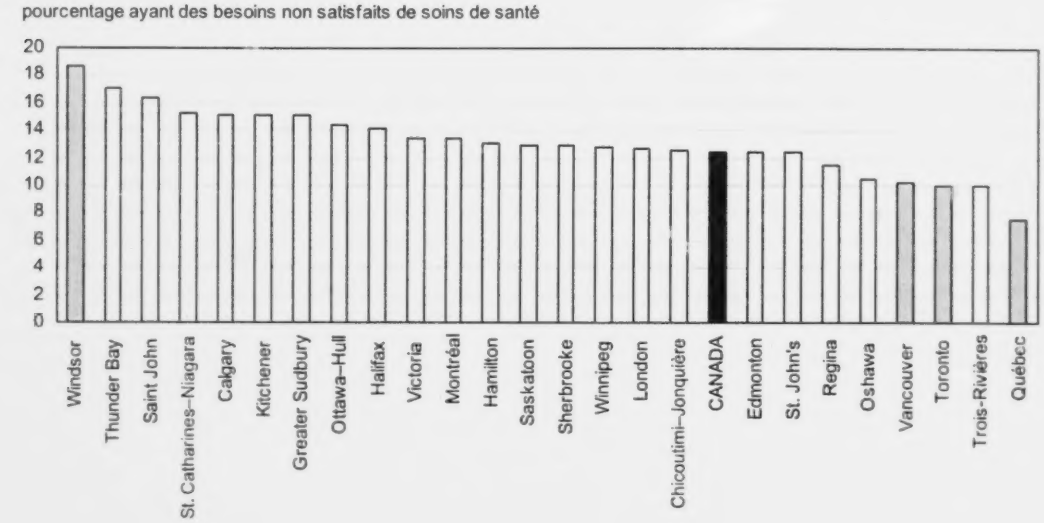
11. Johansen, Helen et coll. Issues de la revascularisation et de la crise cardiaque. *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue) 2002; 13(2) : p. 35 à 47.
12. Sanmartin, Claudia et coll. Besoins non satisfaits de soins de santé : évolution. *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue) 2002; 13(3) : p. 15 à 22.

Tableau 3: Nombre d'omnipraticiens / médecins de famille et de médecins spécialistes pour 100 000 habitants, selon la RMR, en ordre ascendant, 2001

RMR	Taux d'omnipraticiens / médecins de famille	RMR	Taux de médecins spécialistes
Canada	**95,0**	**Canada**	**93,0**
St. Catharines–Niagara	60,0	Kitchener	55,6
Windsor	60,5	St. Catharines–Niagara	59,5
Oshawa	61,3	Oshawa	61,3
Kitchener	75,5	Windsor	73,0
Greater Sudbury	82,3	Chicoutimi–Jonquière	79,4
Hamilton	84,9	Thunder Bay	92,3
Thunder Bay	88,3	Regina	93,4
Calgary	90,3	Greater Sudbury	100,2
Toronto	90,6	Saint John	108,5
Edmonton	94,7	Calgary	109,5
Winnipeg	94,9	Toronto	110,8
London	97,3	Trois-Rivières	115,9
Chicoutimi–Jonquière	97,7	Vancouver	116,4
Trois-Rivières	98,2	Edmonton	116,8
Saint John	99,1	Victoria	122,0
Montréal	104,3	Winnipeg	135,5
Vancouver	108,2	Montréal	137,1
Ottawa–Hull	111,7	Ottawa–Hull	139,6
Saskatoon	116,3	Hamilton	140,5
Regina	120,1	Saskatoon	154,4
Halifax	124,2	St. John's	161,2
St. John's	127,7	Québec	180,1
Québec	142,7	Halifax	183,2
Victoria	148,1	London	191,4
Sherbrooke	160,7	Sherbrooke	216,3

Source : Institut canadien d'information sur la santé, base de données médicales Southam.

Figure 8: Pourcentage de personnes de 12 ans et plus ayant des besoins non satisfaits autodéclarés de soins de santé, en ordre descendant, selon la RMR, 2000-2001



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2001). Le taux standardisé selon l'âge dans les barres ombrées indiquent des valeurs différentes de la moyenne pour le Canada au niveau de 5 %. Les données figurent à l'annexe A.

Chapitre 6

Tendances régionales en matière de santé dans les RMR

Nous observons certaines tendances régionales en matière de santé dans les RMR. Certaines de ces tendances sont plus éminentes que d'autres mais toutes méritent d'être examinées.

RMR de la région de l'Atlantique

Les RMR dans la région de l'Atlantique se ressemblent à certains égards. En particulier, dans toutes trois l'espérance de vie est inférieure à la moyenne pour le Canada. Toutes trois ont affiché une proportion de personnes souffrant d'hypertension supérieure à la moyenne pour le Canada et une proportion de personnes souffrant de stress dans la vie quotidienne inférieure à la moyenne pour le Canada. En outre, Halifax et St. John's ont enregistré une proportion de fumeurs et de buveurs excessifs supérieure à la moyenne pour le Canada.

RMR au Québec

À Montréal et à Quebec, l'espérance de vie était à peu près égale à la moyenne pour le Canada, mais dans les autres trois RMR, elle était inférieure à la moyenne nationale. Comparativement aux taux nationaux, toutes les RMR avaient une forte proportion de personnes qui évaluaient leur santé comme étant bonne, mais des taux d'usage du tabac et d'inactivité physique plus élevés. La plupart des RMR au Québec avaient une proportion inférieure à la moyenne de personnes obèses et souffrant de dépression mais une proportion supérieure à la moyenne de personnes souffrant de stress dans la vie quotidienne.

RMR en Ontario

Nous observons certaines différences importantes sur le plan de la santé entre les RMR dans le Sud et celles dans le Nord de l'Ontario. Dans la plupart des RMR dans le Sud et l'Est de l'Ontario, l'espérance de vie et la proportion de personnes qui évaluent leur santé comme étant bonne étaient élevées mais dans les deux RMR dans le Nord de l'Ontario (le Grand Sudbury et Thunder Bay), les proportions étaient inférieures à la moyenne. Le taux de consommation abusive d'alcool était plus élevé dans ces deux régions métropolitaine comparativement au taux moyen pour le Canada et à celui affiché par la plupart des autres RMR en Ontario; toutefois, le taux d'inactivité physique dans ces deux RMR était plus faible que celui dans la plupart des RMR dans le Sud de l'Ontario et que le taux national. La plupart des RMR en Ontario semblent afficher un taux d'obésité élevé, sauf Toronto et Ottawa–Hull. Les taux d'omnipraticiens/médecins de famille semblent être faibles dans la plupart des RMR en Ontario comparativement au taux pour le Canada et à ceux dans d'autres RMR à l'extérieur de l'Ontario. Toutefois, les taux de médecins spécialistes pour 100 000 habitants à London, Hamilton et Ottawa–Hull était supérieur au taux national.

Manitoba et Saskatchewan dans la région des Prairies

Dans les trois RMR de la région des Prairies, soit Winnipeg, Regina et Saskatoon, l'espérance de vie est inférieure à la moyenne pour le Canada (mais d'un an seulement) et la proportion de personnes qui évaluent leur santé comme étant bonne correspond à peu près au taux national. La proportion d'habitants de ces RMR qui font une consommation abusive d'alcool est légèrement plus élevée que la moyenne nationale, de même que la proportion de personnes obèses. Regina et Saskatoon ont des taux d'omnipraticiens/médecins de famille pour 100 000 habitants grandement au-dessus à la moyenne pour le Canada tandis que Winnipeg et Saskatoon ont des taux de médecins spécialistes pour 100 000 habitants bien au-dessus du taux national.

RMR en Alberta

Dans les RMR de Calgary et d'Edmonton en Alberta, l'espérance de vie est supérieure à la moyenne nationale. Les taux d'inactivité physique durant les loisirs sont inférieurs aux taux pour le Canada tandis que la prévalence de la dépression est légèrement plus élevée que la moyenne nationale. Les taux d'omnipraticiens/médecins de famille pour 100 000 habitants dans ces deux RMR sont inférieurs à la moyenne nationale, tandis que les taux de médecins spécialistes pour 100 000 habitants sont supérieurs.

RMR en Colombie-Britannique

Les deux RMR de la Colombie-Britannique, soit Vancouver et Victoria, sont parmi celles au Canada ou l'espérance de vie est la plus élevée et la proportion de personnes qui évaluent leur santé comme étant bonne est égale à la moyenne nationale. Comparativement aux chiffres nationaux, ces deux RMR ont des taux plus faibles d'usage du tabac, d'inactivité physique et d'obésité. Dans l'une et l'autre, le taux d'omnipraticiens/médecins de famille et de médecins spécialistes pour 100 000 habitants est relativement élevé.

Chapitre 7

Différences entre RMR sur les plans socioéconomique et sociodémographique

Les conditions socioéconomiques influent sur les résultats en matière de santé. Les indicateurs traditionnels des conditions socioéconomiques comprennent la scolarité, le revenu et le chômage. La composition démographique peut également jouer un rôle sur le plan de la santé de la population. Selon des recherches antérieures menées au Canada, par exemple, l'immigration a une forte incidence positive sur la santé de la population, particulièrement lorsqu'il s'agit de nouveaux immigrants[13,14]. La population autochtone et la structure par âge globale ont également été mentionnées comme facteurs ayant une incidence sur l'état de santé général d'une population.

Études postsecondaires

Au niveau individuel, les Canadiens ayant fait des études postsecondaires jouissent de façon générale, d'une meilleure santé que les personnes dont le niveau de scolarité est inférieur. Le nombre d'habitants de ces RMR qui sont titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires varie fortement, ce qui peut être attribuable en partie aux possibilités d'emploi (ou à l'absence de telles possibilités) associées à leur domaine d'études postsecondaires. Autrement dit, s'il y a de bonnes possibilités de travail dans une RMR, les Canadiens peuvent déménager dans cette RMR ou y rester; inversement, s'il n'y a pas d'emploi dans leur domaine d'études dans une RMR, ils sont moins susceptibles d'y rester. En 2001, 45 % des habitants d'Ottawa–Hull de 25 à 54 ans étaient diplômés d'un établissement d'enseignement postsecondaire, le pourcentage le plus élevé de toutes les RMR. Ottawa–Hull est suivie de Toronto, Victoria, Calgary, Halifax et Vancouver, où environ 40 % des habitants sont titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires (voir le tableau 4). Au bas de l'échelle, 28 % des habitants de 25 à 54 ans de St. Catharines–Niagara avaient obtenu un diplôme d'un établissement d'enseignement postsecondaire, suivie du Grand Sudbury (28,5 %), de Chicoutimi–Jonquière et de Saint John (toutes deux à 29,3 %).

Taux de chômage

Comme dans le cas des titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires, les taux de chômage chez les personnes de 15 ans et plus varient d'une région métropolitaine à l'autre. En 2001, ces taux allaient de 4,5 % à Calgary à 11,2 % à Chicoutimi–Jonquière.

Revenu

Même si, de façon générale, il y a d'assez fortes associations entre la scolarité et le revenu, il est intéressant de signaler certaines différences entre RMR fondées sur diverses mesures du revenu. Comme le montre le tableau 4, le revenu familial moyen est élevé dans de nombreuses RMR en Ontario mais faible dans de nombreuses RMR au Québec.

13. Chen, J., Wilkins, R., Ng, E. L'espérance de vie selon le statut d'immigrant. *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue) 1996; 8(3) : p. 29 à 38.
14. Pérez, C. État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants. *Supplément aux Rapports sur la santé* (Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue) 2002; 13 : p. 89 à 100.

Certains chercheurs ont établi des liens entre l'inégalité du revenu et la santé dans les villes. Comme l'ont montré d'autres études menées au Canada, la part moyenne du revenu (voir l'Annexe C : définitions) ne varie pas beaucoup d'une région infraprovinciale à l'autre au Canada, surtout comparativement aux villes aux États-Unis[15]. Néanmoins, il vaut la peine de souligner que les habitants d'Oshawa avaient une part médiane du revenu plus élevée (24,8 %) comparativement aux habitants de Toronto (20,2 %) et de Trois-Rivières (20,6 %). La plupart des autres RMR avaient à peu près les mêmes parts médianes du revenu.

Population des immigrants

Comme il a été mentionné plus haut, une forte proportion d'immigrants (particulièrement de nouveaux immigrants) peut avoir une incidence positive importante sur la santé d'une collectivité. Toronto a de loin la plus forte proportion d'immigrants de toutes les RMR, avec 43,7 % de citoyens étant nés à l'extérieur du Canada (voir le tableau 4). Vient ensuite Vancouver, où 37,5 % de citoyens sur huit sont nés ailleurs. La proportion d'immigrants baisse rapidement ensuite, Hamilton se classant au troisième rang avec 23,6 %. On trouve les proportions les plus faibles dans certaines RMR au Québec à l'extérieur de Montréal, comme Chicoutimi–Jonquière (0,9 %), Trois-Rivières (1,5 %) et la ville de Québec (2,9 %), ainsi que St. John's (2,9 % également).

Population autochtone

Selon certaines études infranationales menées récemment au Canada[16,17,18,19], la population autochtone a une mauvaise santé en ce qui à trait aux résultats en matière de santé tels que l'espérance de vie et l'autoévaluation de la santé comme étant mauvaise. Toutefois, comme la plupart de la population autochtone vit dans des régions rurales ou dans des régions urbaines situées à l'extérieur de grandes villes[20], les résultats de ces études récentes ne sont peut-être pas tout à fait pertinents pour la présente analyse. En 2001, Regina (9,1 %), Winnipeg (8,4 %) et Saskatoon (8,3 %) affichaient les proportions les plus élevées d'Autochtones parmi toutes les RMR; les 11 autres RMR avaient une population autochtone de 1 % ou moins. Il reste à déterminer, toutefois, la mesure dans laquelle l'espérance de vie dans les trois régions des Prairies, qui dans chacune est inférieure à la moyenne nationale, est attribuable à une population autochtone relativement importante.

15. Ross, N., Wolfson, M., Berthelot, J.-M. L'inégalité des revenus et la mortalité chez les personnes en âge de travailler au Canada et aux États-Unis. *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue) 1999; 11(3) : 85-91.
16. Shields, M. et Tremblay, S. La santé dans les collectivités canadiennes. *Supplément aux Rapports sur santé* (Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue) 2002; 13 : p. 9-32.
17. Gilmore, J., Wannell, B. Espérance de vie. *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue) 1999; 11(3) : p. 9 à 24.
18. Tjepkema, Michael. "The health of the off-reserve Aboriginal population". Statistics Canada Catalogue no. 82-003. *Supplement to Health Reports*, 13: 73-88.
19. Allard, Yvon, Wilkins, Russell et Berthelot, Jean-Marie. Mortalité prématurée dans les régions socio-sanitaires à forte population autochtone. *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue) 2004; 15(1) : p. 51 à 62.
20. Statistique Canada. *Peuples autochtones du Canada : un profil démographique, Recensement de 2001*. Série analyses, nº 96F0030XIF001007 au catalogue, janvier 2003.

Tableau 4 : Caractéristiques socioéconomiques et sociodémographiques, selon la RMR, en ordre descendant d'espérance de vie

	Titulaires d'un diplôme d'études post-secondaires, 25 à 54 ans 2001	Taux de chômage, 2001	Part médiane du revenu, 2001 (données de 2000)	Revenu familial moyen du ménage, 2001 (données de 2000)	Populatio des immi-grants, 2001	Population autochtone, 2001
	%	%	$	%	%	%
Vancouver	39,6	6,6	23,7	70,196	37,5	1,9
Toronto	40,2	6,3	20,2	81,245	43,7	0,4
Victoria	40,1	8,1	22,4	66,594	18,8	2,8
Calgary	39,9	4,5	21,7	81,999	20,9	2,3
Edmonton	34,2	4,9	22,5	70,308	17,8	4,4
Québec	39,0	7,8	22,1	61,733	2,9	0,6
Kitchener	32,6	6,2	23,0	73,159	22,1	0,8
Ottawa–Hull	45,0	6,3	21,9	80,849	17,6	1,3
Montréal	36,7	8,2	22,0	64,461	18,4	0,3
Hamilton	33,8	6,1	21,3	73,364	23,6	1,1
Oshawa	31,8	5,6	24,8	75,212	15,7	1,0
Saskatoon	34,3	6,2	21,6	62,898	7,6	9,1
Sherbrooke	32,1	9,7	21,4	55,746	4,6	0,2
Halifax	39,8	7,0	21,9	64,913	6,9	1,0
London	35,5	6,4	21,4	69,463	18,8	1,3
Windsor	30,9	6,7	21,1	75,122	22,3	1,3
Trois-Rivières	34,9	7,8	20,6	54,409	1,5	0,5
St. Catharines–Niagara	28,0	6,3	22,4	63,748	17,8	1,3
Saint John	29,3	9,5	21,4	58,558	3,8	0,8
Winnipeg	32,8	5,1	22,0	64,422	10,3	8,4
Regina	31,9	5,5	22,3	66,663	7,4	8,3
Chicoutimi–Jonquière	29,3	11,2	22,2	56,057	0,9	0,8
St. John's	33,1	9,1	21,7	61,167	2,9	0,7
Thunder Bay	31,1	8,0	21,9	66,759	11,1	6,8
GrandSudbury	28,5	8,7	21,0	63,973	7,0	4,8

Sources : Statistique Canada – Recensement (2001). Enquête sur la population active (2002).

Chapitre 8

Comprendre les différences entre RMR sur le plan des résultats en matière de santé

Dans les sections précédentes, nous avons examiné les différences entre les RMR sur le plan des résultats en matière de santé et des écarts dans l'état de santé. Dans la présente section, nous examinons la relation entre les résultats en matière de santé et les caractéristiques de l'état de santé afin de mieux comprendre pourquoi les RMR diffèrent sur le plan des résultats en matière de santé. Notre analyse est forcément limitée, puisque les données ne portent que sur 25 RMR. Le tableau 5 montre les corrélations par paires entre les résultats en matière de santé (espérance de vie et autoévaluation de la santé) et les caractéristiques liées à la santé.

Dans la plupart des cas, la relation entre les comportements influant sur la santé et l'état de santé sont ceux auxquels on pourrait s'attendre, une plus faible incidence d'usage du tabac, de consommation abusive d'alcool, d'obésité et d'hypertension étant lié à une espérance de vie plus élevée. Parmi ces facteurs, seules l'obésité et l'hypertension étaient liées à une autoévaluation de la santé comme étant moins bonne. Parmi les facteurs psychosociaux, ni la dépression ni le stress dans la vie quotidienne n'étaient liés à une plus faible espérance de vie au niveau de la RMR. La relation positive inattendue entre le stress dans la vie quotidienne et l'autoévaluation de la santé est attribuable, nous le montrons, à une seule observation aberrante. Cette dernière éliminée, la corrélation n'est plus significativement différente de zéro.

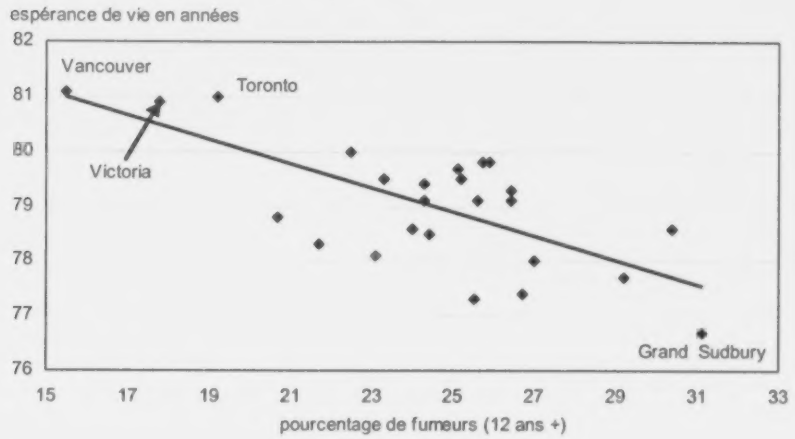
L'espérance de vie était positivement associée à la part de titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires, au revenu moyen du ménage et à la part de la population composée d'immigrants. Les besoins non satisfaits autodéclarés de soins de santé étaient liés de façon significative à des taux d'évaluation de la santé positivement moins bonne. La présence d'omnipraticiens/médecins de famille et de médecins spécialistes était positivement associée à une bonne autoévaluation de la santé, mais n'a aucune corrélation avec l'espérance de vie. Aucune corrélation n'a été observée entre les caractéristiques sociodémographiques ou socioéconomiques et l'autoévaluation de la santé. Bien entendu, cela ne veut pas dire que ces facteurs non corrélés ne sont pas associés à la santé, mais plutôt que la présente analyse limitée n'a pas révélé de lien significatif. Les diagrammes de dispersion montrant la relation entre l'espérance de vie et les variables corrélées de façon significative à l'espérance de vie sont présentés aux figures 9 à 15.

Tableau 5: Corrélations par paires entre les résultats en matière de santé et les caractéristiques de l'état de santé

	Espérance de vie	Proportion de la population qui évalue la santé comme étant bonne ou moins bonne
Comportements influants sur la santé		
Usage du tabac (12 ans +)	-0.710**	-0.084
Consommation abusive d'alcool (12 ans +)	-0.808**	-0.350
Inactivité physique (12 ans +)	-0.344	0.291
États de santé		
Obésité (IMC>30.0) (20 à 64 ans)	-0.523**	-0.637**
Hypertension (12 ans +)	-0.520**	-0.444*
Facteurs psychosociaux		
Dépression (12 ans +)	0.165	-0.306
Stress dans la vie quotidienne (18 ans +)	0.163	0.438*
Caractéristiques du système de santé		
Besoins non satisfaits autodéclarés de soins de santé (12 ans +)	-0.365	-0.565**
Nombre d'omnipraticiens / médecins de famille pour 100 000 habitants	0.179	0.417*
Nombre de médecins spécialistes pour 100 000 habitants	0.108	0.402*
Caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques		
Titulaires de diplôme d'études postsecondaires, 25 à 54 ans, 2001	0.711**	0.394
Taux de chômage, 2001	-0.267	0.051
Part médiane du revenu, 2001 (données de 2000)	0.230	-0.028
Revenu familial moyen du ménage, 2001 (donnée de 2000)	0.493*	-0.212
Population des immigrants, 2001	0.695**	-0.129
Population autochtone, 2001	-0.308	-0.343

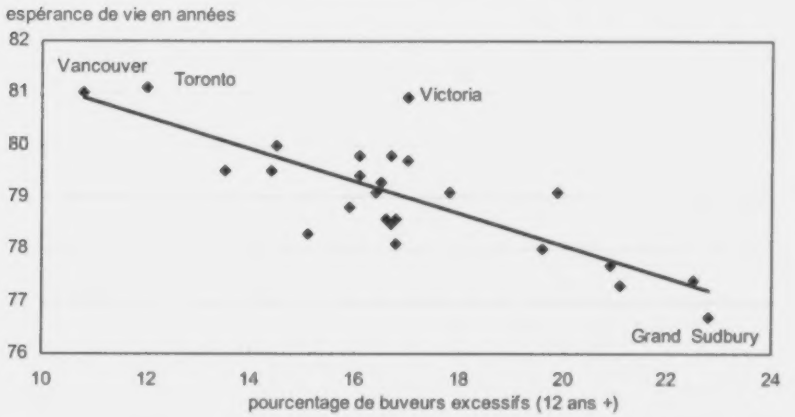
* Indique que la corrélation est significativement différente de zéro au niveau de 5 %.
** Indique que la corrélation est significativement différente de zéro au niveau de 5 %, basée sur 25 observations.

Figure 9 : Espérance de vie et usage du tabac



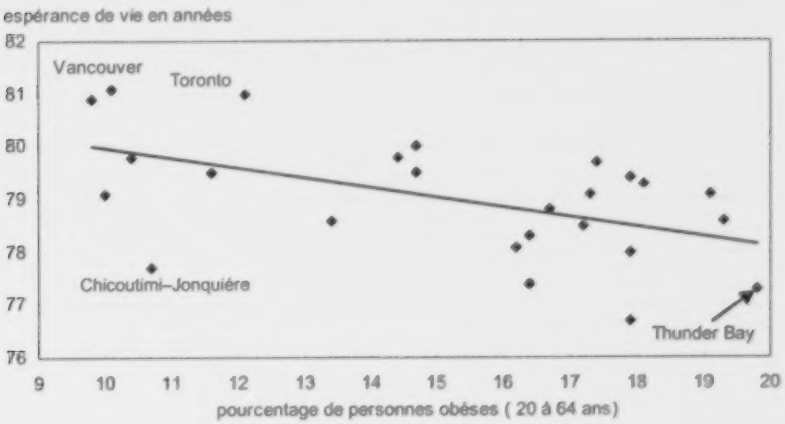
Sources : Statistique Canada, Statistique de l'état civil (2000) (totalisations spéciales) et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2001), le taux standardisé selon l'âge.

Figure 10 : Espérance de vie et consommation abusive d'alcool



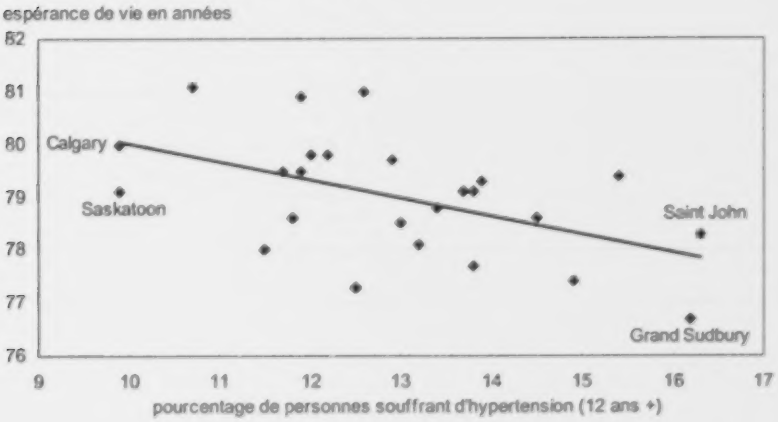
Sources : Statistique Canada, Statistique de l'état civil (2000) (totalisations spéciales) et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2001), le taux standardisé selon l'âge.

Figure 11 : Espérance de vie et obésité



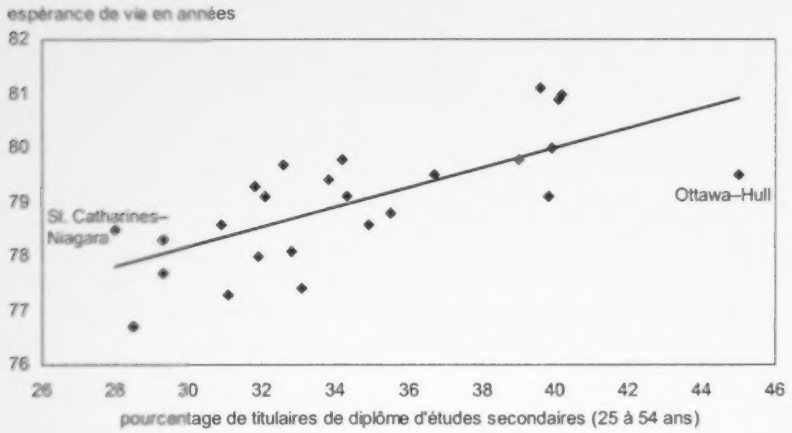
Sources : Statistique Canada, Statistique de l'état civil (2000) (totalisations spéciales) et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2001), le taux standardisé selon l'âge.

Figure 12 : Espérance de vie et hypertension



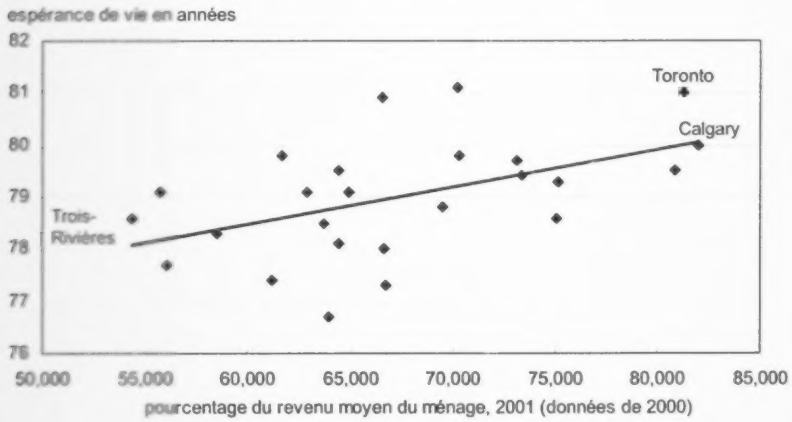
Sources : Statistique Canada, Statistique de l'état civil (2000) (totalisations spéciales) et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2001), le taux standardisé selon l'âge.

Figure 13 : Espérance de vie et pourcentage de titulaires d'un diplôme d'études secondaires



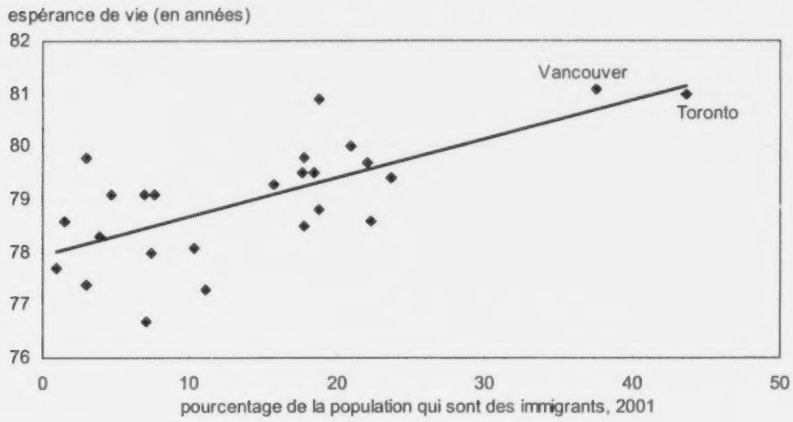
Sources : Statistique Canada, Statistique de l'état civil (2000) (totalisations spéciales) et Recensement de 2001, le taux standardisé selon l'âge.

Figure 14 : Espérance de vie et revenu moyen du ménage



Sources : Statistique Canada, Statistique de l'état civil (2000) (totalisations spéciales) et Recensement de 2001.

Figure 15 : Espérance de vie et la proportion de la population immigrante



Sources : Statistique Canada, Statistique de l'état civil (2000) (totalisations spéciales) et Recensement de 2001.

Chapitre 9

Conclusion

Dans le présent rapport, nous nous sommes fondés sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001 ainsi que sur certaines autres sources de données pour fournir un aperçu de la santé au niveau de la région métropolitaine de recensement (RMR). Les conclusions reflètent la diversité des problèmes de santé dans les régions métropolitaines du Canada.

Deux principales conclusions se dégagent de la présente analyse. En premier lieu, nous constatons qu'il y a des différences sensibles entre les RMR sur le plan des résultats en matière de santé tels que l'espérance de vie et l'autoévaluation de la santé comme étant bonne ou excellente. Il est bien connu que les pays diffèrent grandement quant à l'espérance de vie de leurs habitants; la présente étude montre que les régions métropolitaines au Canada diffèrent tout autant à cet égard. La fourchette de l'espérance de vie est presque aussi large dans les RMR au Canada que dans les 22 pays membres de l'OCDE.

La deuxième conclusion qui se dégage est que bon nombre des grandes régions urbaines au Canada diffèrent sur les plans du mode de vie et des comportements liés à la santé, des problèmes de santé et des besoins/de la disponibilité de soins de santé. Nous examinons plusieurs indicateurs de la santé et le système de santé et constatons qu'ils varient d'une RMR à l'autre. Intéressants en soi, ces indicateurs peuvent également être utilisés aux fins d'études futures, pour permettre de mieux comprendre les différences entre les résultats en matière de santé dans les RMR au Canada.

Le présent rapport comprend une analyse de base du lien entre certains indicateurs de la santé et les résultats en matière de santé au niveau de la RMR qui permet de mieux comprendre ces différences importantes sur le plan des résultats en matière de santé entre les RMR. Les données montrent une corrélation négative entre l'espérance de vie et le taux d'usage du tabac, de consommation abusive d'alcool, d'obésité et d'hypertension, et une corrélation positive entre l'espérance de vie et la part de la population de la RMR que représentent les titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires, le revenu familial moyen du ménage et la part de la population que représentent les nouveaux immigrants. Il importe de souligner que cela ne veut pas dire que d'autres facteurs ne sont pas des déterminants importants de la santé, mais seulement que nous n'avons pas constaté de corrélation entre eux et l'espérance de vie mesurée au niveau de la RMR au Canada.

Annexe A: Comparaison du Canada et des RMR, certaines caractéristiques

	Résultats en matière de santé		Facteurs liés au mode de vie			Problèmes de santé		Facteurs psychosociaux		Système de santé
	Espérance de vie (années)	Auto-évaluation de la santé (12 ans +)	Usage du tabac (12 ans +)	Consommation abusive d'alcool (12 ans +)	Inactivité physique (12 ans +)	Obésité (IMC3 0,0 (20 à 64 ans)	Hypertension (12 ans +)	Dépression (12 ans +)	Stress dans la vie quodienne (18 ans +)	Besoins non satisfaits de soins de santé (12 ans +)
	(years)	%	%	%	%	%	%	%	%	%
CANADA	**79,4**	**88,0**	**24,0**	**15,4**	**49,1**	**14,9**	**12,6**	**7,1**	**26,4**	**12,5**
Vancouver	81,1 ↑	87,8	15,5 ↑	12,0 ↑	37,7 ↑	10,1 ↑	10,7 ↑	7,1	21,1 ↑	10,3 ↑
Toronto	81,0 ↑	88,3	19,2 ↑	10,8 ↑	53,3 ↓	12,1 ↑	12,6	6,5	23,0	10,0 ↑
Victoria	80,9 ↑	88,0	17,8 ↑	17,0	35,5 ↑	9,8 ↑	11,9	10,2	21,5	13,4
Calgary	80,0	90,4	22,5	14,5	42,8 ↑	14,7	9,9	8,9	23,3	15,1
Edmonton	79,8	88,1	25,7	16,1	41,8 ↑	14,4	12,2	9,5	24,2	12,5
Québec	79,8	91,6 ↑	25,9	16,7	50,5	10,4 ↑	12,0	5,1	33,0 ↓	7,6 ↑
Kitchener	79,7	87,6	25,1	17,0	57,3 ↓	17,4	12,9	7,4	23,9	15,1
Ottawa Hull	79,5	88,0	23,3	14,4	47,0	14,7	11,7	7,2	23,4	14,4
Montréal	79,5	89,3	25,2	13,5	54,3 ↓	11,6 ↑	11,9	5,8	28,9 ↓	13,4
Hamilton	79,4	86,9	24,3	16,1	47,9	17,9	15,4 ↓	8,3	26,2	13,0
Oshawa	79,3	86,4	26,4	16,5	50,1	18,1	13,9	7,0	21,9	10,5
Saskatoon	79,1	87,9	24,3	17,8	45,9	19,1	9,9	9,6	26,0	12,9
Sherbrooke	79,1	89,2	26,4	16,4	60,2 ↓	10,0	13,8	6,5	27,8	12,9
Halifax	79,1	87,9	25,6	19,9	50,5	17,3	13,7	8,4	19,7	14,1
London	78,8	90,0	20,7	15,9	51,4	16,7	13,4	6,7	27,2	12,7
Windsor	78,6	84,6	24,0	16,8	49,9	19,3	14,5	7,4	23,5	18,7 ↓
Trois-Rivières	78,6	90,4	30,4	16,6	55,8	13,4	11,8	6,4	25,0	10,0
St. Catharines–Niagara	78,5 ↓	88,2	24,4	16,7	49,1	17,2	13,0	8,3	24,9	15,2
Saint John	78,3 ↓	87,5	21,7	15,1	48,6	16,4	16,3	8,9	22,4	16,4
Winnipeg	78,1 ↓	88,1	23,1	16,8	47,6	16,2	13,2	7,6	24,1	12,8
Regina	78,0 ↓	87,8	27,0	19,6	49,2	17,9	11,5	7,2	24,0	11,5
Chicoutimi–Jonquière	77,7 ↓	90,6	29,2	20,9	60,0 ↓	10,7	13,8	6,5	23,2	12,6
St. John's	77,4 ↓	87,7	26,7	22,5 ↓	57,3 ↓	16,4	14,9	4,9	16,4 ↑	12,4
Thunder Bay	77,3 ↓	84,2	25,5	21,1 ↓	39,8 ↑	19,8	12,5	7,2	24,5	17,1
Greater Sudbury	76,7 ↓	83,2	31,1	22,8 ↓	49,1	17,9	16,2	8,5	21,4	15,1

Sources : Statistique Canada, Statistique de l'état civil (2000) (totalisations spéciales) et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2001).

Nota : L'ordre des RMR est fondé sur l'espérance de vie, en ordre descendant. Toutes les estimations fondées sur les données de l'ESCC ont été normalisées selon l'âge.

↑ Indique que l'estimation est significativement meilleure que l'estimation pour le Canada.

↓ Indique que l'estimation est significativement pire que l'estimation pour le Canada.

Annexe B

Incidence des facteurs liés à la santé

Comment pourrions-nous expliquer les différences sur le plan des résultats en matière de santé entre les RMR au Canada? Ces différences reflètent-elles des différences socioéconomiques sous-jacentes ou des différences dans la prestation des soins de santé dans ces régions?

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans le cadre de son *Projet Villes–Santé*, a recommandé d'examiner la santé des villes dans un cadre prévoyant, entre autres, un examen de la démographie, de l'état de santé, des conditions socioéconomiques, de l'inégalité et des politiques et services de santé publiques (voir la figure ci-dessous)[21]. Les circonstances sociales et économiques ont été largement reconnues comme éléments clés de la santé d'une population dans les études publiées[2,22,23,24]. Ces études ainsi que d'autres reconnaissent également que certains comportements qui posent un risque pour la santé et même certaines caractéristiques du système de santé peuvent jouer sur le plan de la santé d'une collectivité.

En prenant appui sur les études qui portent sur les répercussions de ces facteurs liés à la santé sur les résultats en matière de santé (au niveau national et infranational), nous examinons dans la présente étude comment les RMR au Canada diffèrent en ce qui a trait à ces divers facteurs. Notre examen porte sur les facteurs suivants :

les **caractéristiques socioéconomiques** comprennent la proportion de la population de 25 à 54 ans titulaire d'un diplôme d'études postsecondaires, le taux de chômage pour la proportion de la population de 15 ans et plus, le revenu familial moyen et la part médiane du revenu.

les **caractéristiques sociodémographiques** comprennent la proportion d'immigrants et la population autochtone.

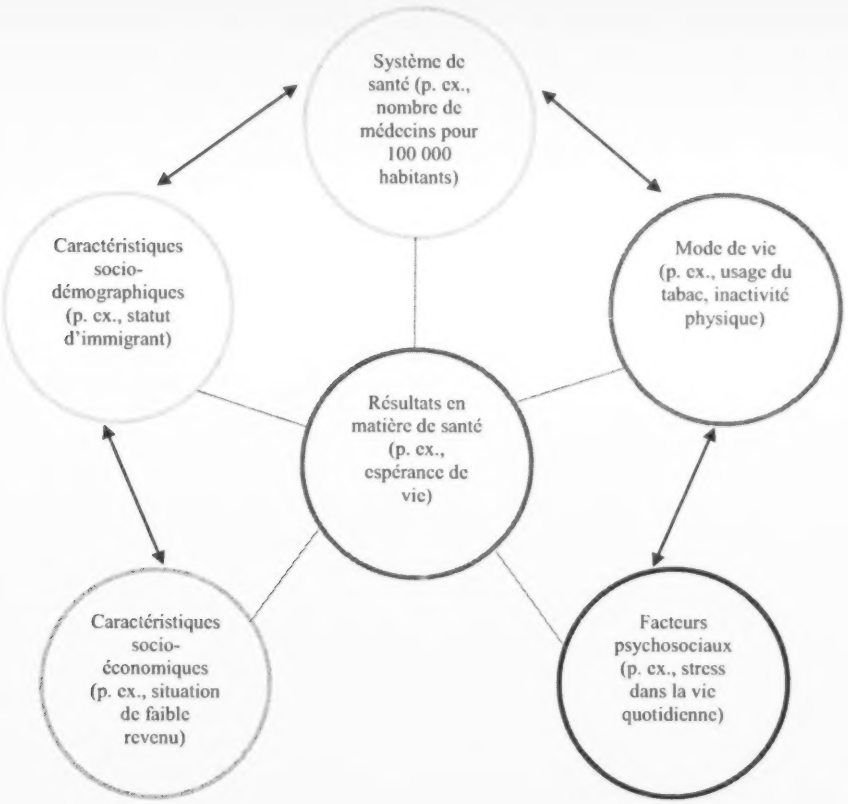
le **mode de vie et les problèmes de santé** comprennent l'usage du tabac, la consommation abusive d'alcool, l'hypertension diagnostiquée, l'inactivité physique durant les loisirs et la proportion de la population de 20 à 64 ans dont l'indice de masse corporelle (IMC) est égal ou supérieur à 30 (classification de l'obésité selon l'OMS).

les **facteurs psychosociaux** comprennent la dépression et un niveau élevé de stress dans la vie quotidienne chez les personnes de 18 ans et plus.

les **caractéristiques du système de santé** comprennent les besoins non satisfaits autodéclarés de soins de santé, le nombre d'omnipraticiens/médecins de famille pour 100 000 habitants et le nombre de médecins spécialistes pour 100 000 habitants.

21. OMS, projet VillesSanté. Groupe de travail sur les profils et les indicateurs de la santé des villes. *City Health Profiles – how to report on health in your city*. Copenhague. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1995 (document ICP/HSIT/94/01 PB 02).
22. Wilkinson, Richard et Marmot, Michael (dir.), 2003. Déterminants sociaux de la santé : les faits, OMS (Bureau régional pour l'Europe), 1998.
23. Wunsch et coll., « Différences de mortalité selon les catégories socioéconomiques : Une approche biographique ». *Revue européenne de démographie*, 12 : p. 167 à 185 (1996).
24. Van Oers, J.A. et Reelick, N.F., « Quantitative indicators for a healthy city ». *International Journal of Epidemiology and Community Health*. 46 : p. 293 à 296 (1992).

Figure B1 : Un cadre simple d'évaluation de la santé des villes


Système de santé (p. ex., nombre de médecins pour 100 000 habitants)
Caractéristiques socio-démographiques (p. ex., statut d'immigrant)
Mode de vie (p. ex., usage du tabac, inactivité physique)
Résultats en matière de santé (p. ex., espérance de vie)
Caractéristiques socio-économiques (p. ex., situation de faible revenu)
Facteurs psychosociaux (p. ex., stress dans la vie quotidienne)

Annexe C

Définitions

Espérance de vie (2001) : Le nombre d'années que devrait en principe vivre une personne à compter de la naissance, selon les statistiques de mortalité sur la période d'observation retenue (Statistique de l'état civil, totalisations spéciales).

Autoévaluation de la santé comme étant au moins bonne (2000-2001) : Proportion de personnes de 12 ans et plus qui évaluent leur état de santé comme étant bon, très bon ou excellent. Dans la présente étude, le terme « autoévaluation de la santé comme étant bonne » est interchangeable avec le terme « autoévaluation de la santé comme étant bonne ou très bonne ». (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – ESCC).

Usage du tabac (2000-2001) : Proportion de personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré fumer quotidiennement ou à l'occasion (ESCC).

Consommation abusive d'alcool (2000-2001) : Proportion de personnes de 12 ans et plus qui consommaient de l'alcool au moment de l'enquête et qui ont déclaré avoir bu cinq verres ou plus d'alcool en une même occasion au moins une fois au cours des 12 mois précédents (ESCC).

Inactivité physique (2000-2001) : Proportion de personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré être physiquement inactives, d'après leurs réponses aux questions sur la fréquence, la durée et l'intensité de leurs activités physiques durant leurs loisirs (ESCC).

Autodéclaration d'obésité (2000-2001) : Indice de masse corporelle (IMC) équivalent ou supérieur à 30,0, calculé en divisant le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres. Chez les personnes de 20 à 64 ans (ESCC).

Hypertension (2000-2001) : Personnes de 12 ans et plus qui déclarent avoir reçu un diagnostic d'hypertension d'un professionnel de la santé (ESCC).

Stress dans la vie quotidienne (2000-2001) : Proportion de personnes de 18 ans et plus qui ont déclaré un niveau de stress dans la vie quotidienne « assez intense » (ESCC).

Dépression (2000-2001) : Personnes de 12 ans et plus présentant des symptômes de dépression, d'après leurs réponses à une série de questions visant à établir la possibilité d'un « épisode dépressif majeur » survenu durant les 12 mois qui ont précédé l'enquête (ESCC).

Besoins non satisfaits autodéclarés de soins de santé (2000-2001) : Proportion de personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir eu, au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête, le sentiment d'avoir eu besoin de soins de santé mais ne pas les avoir reçus (ESCC).

Médecins spécialistes (2001) : Nombre de médecins de famille et d'omnipraticiens ou de médecins spécialistes exerçant dans une région géographique donnée, pour 100 000 habitants. Les données ne font

pas de différence entre les médecins qui travaillent à temps plein et ceux qui travaillent à temps partiel ou entre les médecins qui font de la recherche et les praticiens (Base de données médicales Southam).

Titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires (2001) : Proportion de personnes de 25 à 54 ans titulaires d'un certificat ou d'un diplôme d'études postsecondaires (Recensement).

Taux de chômage (2001) : Proportion de la population active de 15 ans et plus qui n'avait pas d'emploi durant la période de référence. La population active comprend les personnes qui, au moment du recensement, étaient occupées et celles qui étaient chômeuses, mais étaient capables de travailler durant la période de référence et avaient cherché du travail au cours des quatre dernières semaines (Enquête sur la population active).

Revenu familial moyen du ménage (données de 2001, 2000) : Le revenu moyen (avant impôt et après transferts) d'un ménage avec famille de recensement, personnes de 15 ans et plus qui ont déclaré un revenu (Recensement).

Part médiane du revenu (données de 2001, 2000) : Proportion du total des revenus (en provenance de toutes les sources, avant impôt et après transferts) qui revient à la moitié inférieure des ménages lorsque ceux-ci sont répartis selon le revenu. Si la proportion est de 50 %, il n'existe pas d'inégalité. (Recensement, totalisations spéciales).

Immigrants (2001) : Proportion de personnes nées à l'extérieur du Canada qui n'étaient pas citoyens canadiens au moment de leur naissance (Recensement).

Autochtones (2001) : Proportion de la population ayant déclaré appartenir à au moins un groupe autochtone, et/ou ayant déclaré être un Indien des traités ou un Indien inscrit tel que défini par la Loi sur les Indiens et/ou ayant déclaré appartenir à une bande indienne ou à une Première nation. (Recensement)

Note sur les données de l'enquête : Toutes les données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 2000-2001), y compris celles sur l'usage du tabac, la consommation abusive d'alcool, l'autoévaluation de la santé, l'activité physique, l'obésité, l'hypertension, la dépression et le stress dans la vie quotidienne, sont présentées ici après avoir été corrigées pour tenir compte de l'âge. Autrement dit, toutes les différences entre les RMR en ce qui a trait à la structure par âge ont été rajustées comme si la structure par âge de la population dans toutes les RMR était la même que celle de la population canadienne dans son ensemble. Nous avons procédé à des calculs pour les données non corrigées et corrigées selon l'âge et le niveau de scolarité, mais nous avons observé très peu de différences entre les résultats et les taux normalisés selon l'âge. Par conséquent, nous ne présentons pas ici les données non corrigées et celles corrigées pour l'âge et le niveau de scolarité.

En outre, la géographie utilisée aux fins de l'ESCC est fondée sur celle du Recensement de 1996. Ainsi, nous n'avons utilisé aux fins de la présente analyse que 25 RMR, même si elles étaient 27 au début de 2001 (les deux autres étaient Kingston (ON) et Abbotsford (C.-B.)).

Comme les données du recensement sont fondées sur la géographie de 2001, les limites géographiques des 25 RMR de 1996 peuvent être légèrement différentes de celles des 25 RMR respectives de 2001.